

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.40



1-Registro ANS
406414

3-Datas de Emissão da Guia
17/09/2019 12:00

4-Datas de Autorização
17/09/2019 12:00

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7882315

7-Data Vencimento da Guia
16/11/2019 12:00

377710
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0002025321678000000103

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Datas Validade da Carteira
17/09/2019 12:00

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
GABRIELA AGNES RODRIGUES TEIXEIRA

04/08/2005

15-Nome do titular do plano
ANDREA DA CONCEICAO RODRIGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RPN
WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

17-Nome do Profissional Solicitante
WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

18-Número no CRO
44352

19-UF
MG

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operação / CNPJ / CPF
047985191642

22-Nome do Contratado Executante
WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

23-Número no CRO
44352

24-UF
MG

25-Código CNES
Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante
WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

27-Número no CRO
44352

28-UF
MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Datas de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	81100049	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			17/09/2019		Andreas
2-00	85100056	CURATIVO DE DEMORA EM	46	1	1	8,00	0,00			17/09/2019		Andreas
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dia Regulado Tempo do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme solicitado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), não constitui(m) garantia de resultado, e por mim assumido(s) com meu conhecimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado pelo plano de saúde, o valor referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

CIRURGIAO DENTISTA
CRO-MG 44.352

CIRURGIAO DENTISTA
CRO-MG 44.352

50-Data, Local e Assinatura do Contratado-Solicitante

51-Dia, Local e Assinatura do Contratado-Executante

52-Dia, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dia, Local e Carimbo da Empresa

17/09/2019 Belo Horizonte

17/09/2019 Belo Horizonte

17/09/2019 Belo Horizonte

17/09/2019 Belo Horizonte

Andreas E. Rodrigues

ODONTOLÓGICA

CNPJ 34.671.405/0001-73