



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1538810
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2/01/07/23	4-Data de Autorização 27/07/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11468089	7-Data Validade da Senha 18/10/23
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020255822820000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CRISTIANE MARIA LUCIANA DE ANDRADE SOUSA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CRISTIANE MARIA LUCIANA DE ANDRADE SOUSA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOSE ROBERTO DE ALMEIDA		18-Número no CRO 9460	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 6056254000179		22-Nome do Contratado Executante CONSULTORIO ODONTOLOGICO DR. JOSE		23-Número no CRO 9460	24-UF MG
25-Código CNES 0083291		26-Nome do Profissional Executante JOSE ROBERTO DE ALMEIDA		27-Número no CRO 9460	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
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$	
140,00		0,00		0,00	
39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa	
S		27/07/23			
42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	
				46-Total Quantidade US 140,00	
				47-Valor Total R\$ 0,00	
				48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, 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), foi/foram realizado(s) de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/07/23 BHTE JPA	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/07/23 BHTE JPA	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/07/23 BHTE	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/07/23
--	--	--	---

BHTE
CONST. ODONT.
DR. JRA LTDA
EPAO 6742