

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



916230
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/12/2013 4-Data de Autenticação 12/13/10/3/12/21 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9706480 7-Data Validação da Guia 12/10/16/12/21

8-Número da Carteira 0002025466034000001010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Carteira

13-Nome LILIAN APARECIDA VITORIANO 14-Teléfono 25/07/1979 15-Nome do titular do plano LILIAN APARECIDA VITORIANO 16-Data Validade da Carteira

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA DIOGO ESTEVES 18-Número no CRO 23240 19-U.F. MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operação / CNPJ / CPF 012744267651 22-Nome do Contratado Executante ADRIANA DIOGO ESTEVES 23-Número no CRO 23240 24-U.F. MG 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ADRIANA DIOGO ESTEVES 27-Número no CRO 23240 28-U.F. MG 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clif	36-Quantidade US	37-Válido	38-Franquia/Coparticipação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00				13/10/3/12/21		Liliane
2-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00				13/10/3/12/21		Liliane
3-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00				13/10/3/12/21		Liliane
4-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00				13/10/3/12/21		Liliane
5-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00				13/10/3/12/21		Liliane
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/13/10/3/12/21 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Estima Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial 46-Totál Quantidade US 1174,00 47-Valor Totál R\$ 10,00 48-Totál Franquia / Coparticipação 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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e 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 23/11/2013/12/21 JABR 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/13/10/3/12/21 JABR 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/13/10/3/12/21 Liliane 53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/10/3/12/21 54-Data, local e Carimbo da Empresa 23/10/3/12/21

CPN-027.442.676-51