

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



388168
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/20	4-Data de Autorização 05/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7927063	7-Data Validade da Senha 31/12/20
8-Número da Carteira 00202532483700000103			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome GRAZIANE LUIZ PEREIRA			14-Telefone (31) 9764-7361	15-Nome do titular do plano GRAZIELE LUIZ PEREIRA	
16-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 10/07/1991					
18-Ancoramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA			19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / ONP / CPF 04798519642		22-Nome do Contratado Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA		23-Número no CRO 44352	24-UF MG
25-Nome do Profissional Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 44352		28-UF MG	29-Código CBO S

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-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/10/20		<i>[Assinatura]</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 06/10/20	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os 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 procedimento acima, e por mim assinado(s), foi/foram 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, conforme previsto em contrato.

49-Observação CIRURGIÃO DENTISTA CRO-MG 44.352	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/10/20 Belo Horizonte	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/20 Belo Horizonte	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/20 Belo Horizonte	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/10/20 Belo Horizonte
--	--	--	--	--

