

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



491998
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/03/21	4-Data de Autorização 31/03/21	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 8359655	7-Data Validade da Senha 03/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253562440000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__/_/	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RAIANY TEIXEIRA CARVALHO 06/09/1991			14-Telefone (_) - _-_-_-_-	15-Nome do titular do plano MARINETE LEDA CARVALHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTONOVA ODONTOLOGIA		18-Número no CRO 25341	19-UF MG	20-Código CBO S 04
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02771084627		22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROSSI PRECIOSO GONCALVES	23-Número no CRO 25341	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROSSI PRECIOSO GONCALVES			27-Número no CRO 25341	28-UF MG	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200158-26

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-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura	
1-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	26		1	533,00	0,00		S	01/05/21			
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
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 533,00		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) 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 _/_/__/__/_/	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista _/_/__/__/_/	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável _/_/__/__/_/	53-Data, local e Carimbo da Empresa _/_/__/__/_/
---	---	---	---