

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



976199
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2015	4-Data de Autorização 11/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9887514	7-Data Validade da Senha 10/09/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020254719770000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome KENIA SILVA DOS SANTOS	14-Telefone () -	15-Data de Nascimento 21/12/1977	16-Data de validade do plano KENIA SILVA DOS SANTOS
-----------------------------------	----------------------	-------------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRID CENTRO RADIOLOGICO DE IMAGEM E DIAGNOSTICO LTDA	18-Número no CRO 16130	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 49822888600	22-Nome do Contratado Executante MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS	23-Número no CRO 16130	24-UF MG	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS	27-Número no CRO 16130	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-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	12/05/2017	X Kenia	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Início do Tratamento 12/05/2017	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 222,00	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 12/05/2017 X Kenia	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/05/2017
--	--	---	---

Maria Cristina Franco de Freitas
Radiologista
CRO 16130

P/ Kenia Silveira dos Santos

Solicito radiografia periapical completa
para avaliação periodontal.

Dr. Jorginho F. Mota

R\$