

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



481604
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 30-Dia de Emissão da Guia 21/10/21 4-Data de Autorização 11/11/11 5-Sinhu PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 481604 7-Data Validade da Sinhu 12/10/15/12/11

8-Direção da Beneficência 0 0 2 0 2 5 3 1 8 5 9 7 0 0 0 0 0 1 0 1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Direção da Beneficência 12-Número do Contrato Principal da Sinhu

13-Nome SIMONE TEODORO SOBRINHO 31/01/1981 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano SIMONE TEODORO SOBRINHO

16-Atendimento a RN INSTITUTO MINEIRO DE ODONTOLOGIA E URGÊNCIAS LTDA 17-Nome do Profissional Solicitante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA 18-Número no CRO 39384 19-UF MG 20-Código CRO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07095301611 22-Nome do Contratado Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 39384 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 39384 28-UF MG 29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franguia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 5 7		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	3 4 10 0				21/10/21		
2-0 0 1 8 5 2 0 0 0 3 4		TRATAMENTO EM	46		1	8 10 0				21/10/21		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Cust. Previsão Termino do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcel 46-Total Quantidade US 4 2 10 0 47-Valor Total R\$ 10 10 0 48-Total Franguia / 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(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-Diagnóstico

Processo agudo Polipio incisor e dentagem todo maxilar e

50-Data, local e Assinatura do Grupo/Dentista Solicitante

21/10/21

51-Data, local e Assinatura do Grupo/Dentista

21/10/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

21/10/21

53-Data, local e Assinatura da Empresa

21/10/21