

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

452652
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

1- Registro ANS
4064143- Data de Emissão da Guia
13/01/214- Data de Autorização
19/01/215- Sembr
AUTORIZADO6- Número da Guia Principal
81907647- Data Validade da Sembr
13/01/21

Dados do Contratado

8- Número da Carteira
00202533656600001069- Plano
POS REDE PRESTADORA10- Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA11- Data Validade da Carteira
13/01/21

12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome
ANTONIA PEREIRA DE MIRANDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

04/02/1983

14- Telefone
()15- Nome do titular do plano
ELIETH FATIMA DE CARVALHO SANTIAGO16- Atendimento a RN
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS17- Nome do Contratado Responsável
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS18- Número no CRO
3937219- UF
MG20- Código CBO S
3937221- Código na Operadora / CNPJ / CPF
0631246860722- Nome do Contratado Responsável
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS23- Número no CRO
3937224- UF
MG25- Código CNES
3937226- Código CBO S
MG

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guisa	42- Assinatura
1-0	01	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3,4	10,0	0,0	0,0	13/01/21	1	Antônio Roberto de Miranda
2-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	10,0	0,0	0,0	13/01/21	1	Antônio Roberto de Miranda
3-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	10,0	0,0	0,0	13/01/21	1	Antônio Roberto de Miranda
4-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	10,0	0,0	0,0	13/01/21	1	Antônio Roberto de Miranda
5-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	10,0	0,0	0,0	13/01/21	1	Antônio Roberto de Miranda
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43- Data Previsto Término do Tratamento
13/01/2144- Tipo de Atendimento
1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência45- Tipo de Faturamento
1- Total 2- Parcial46- Total Quantidade US
178,0047- Valor Total R\$
0,0048- Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

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
13/01/2151- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/01/2152- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/01/2153- Data, local e Cartão da Empresa
13/01/21

Ana Carolina Dias

Ortodontia

CRO-MG 39372