

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



656648
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/21	4-Data de Autorização 13/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8927540	7-Data Validade da Senha 09/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202540855700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARILENE LEMES DE OLIVEIRA ALVES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARILENE LEMES DE OLIVEIRA ALVES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA CARVALHO SOUZA FERREIRA	18-Número no CRD 58045	19-UF MG	20-Código CBO 5
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 49822888600	22-Nome do Contratado Executante MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS	23-Número no CRD 16130	24-UF MG	25-Código CNEB
26-Nome do Profissional Executante MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS		27-Número no CRD 16130	28-UF MG	29-Código CBO 5 09

025 -

Faturar Empresa - ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (34) 998690202, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Rio Branco, 463, CENTRO, UBERLÂNDIA

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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			13/08/21	025 -	marilene
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/08/21	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 78,00	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 13/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/08/21
---	---	---	---

Maria Cristina Franco de Freitas
Radiologista
CRD 16130

Dra. Giovanna Carvalho Souza Ferreira

Cirurgiã-Dentista

CRO-MG 58045

Marlene Lima

Pedido de Lançamento

Guia: 656648

→ já solicitei pelo convênio