



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/4/11/21/210

4-Data de Autorização
11/5/11/12/1/210

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8143725

7-Data Validade da Guia
11/4/11/03/1/211

440482

INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1010202532861000000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/1/11/1/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JERRIVAL RODRIGUES FONSECA JUNIOR

10/12/1999

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
JERRIVAL RODRIGUES FONSECA JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
106312468607

22-Nome do Contratado Executante
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS

18-Número no CRO
39372

19-UF
MG

20-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS

23-Número no CRO
39372

24-UF
MG

25-Código CNES

27-Número no CRO
39372

28-UF
MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

36-Quantidade US
53310

37-Valor
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$
S 1511212120

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

30-Tabela
31-Código do Procedimento

32-Descrição
TRATAMENTO ENDODÔNTICO

33-Dente/Rogão
36

34-Face
1

35-Qtd
53310

37-Valor
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$
S 1511212120

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento
11/5/11/21/210

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
53310

47-Valor Total R\$
0,00

48-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(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-Observação
Favor anexar rx inicial e final para pagamento, com canais dissociados.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/5/11/21/210

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/5/11/21/210

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/5/11/21/210

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

Ortodontia
CRO-MG 39372

ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS