



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

799925
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3/0/11/1/2/1	4-Data de Autorização 3/0/11/1/2/1	5-Soma AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9350763	7-Data Validade da Soma 2/8/1/0/2/1/2/2
8-Número da Carteira 0/0/2/0/2/5/4/1/8/0/8/6/0/0/0/0/1/0/1		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / / / / /
13-Nome CRISTIANO ELENO DE OLIVEIRA		14-Telefone 21/06/1984		15-Nome do titular do plano CRISTIANO ELENO DE OLIVEIRA	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA KAREN RODRIGUES		18-Número no CRO 37716	19-UF MG
21-Código do Operador / CNPJ / CPF 0/7/2/1/8/2/6/6/0/5		22-Nome do Contratado Executante AMANDA KAREN RODRIGUES		23-Número no CRO 37716	24-UF MG
26-Nome do Profissional Executante AMANDA KAREN RODRIGUES		27-Número no CRO 37716		28-UF MG	29-Código CBO 3

33-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qui	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ano	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0/0/8/2/0/0/0/8/5/9	EXODONTIA DE RAIZ	14		1	7/3/0/0	0/0/0			3/0/11/1/2/1		
2	0/0/8/2/0/0/0/8/7/5	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	7/3/0/0	0/0/0			3/0/11/1/2/1		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

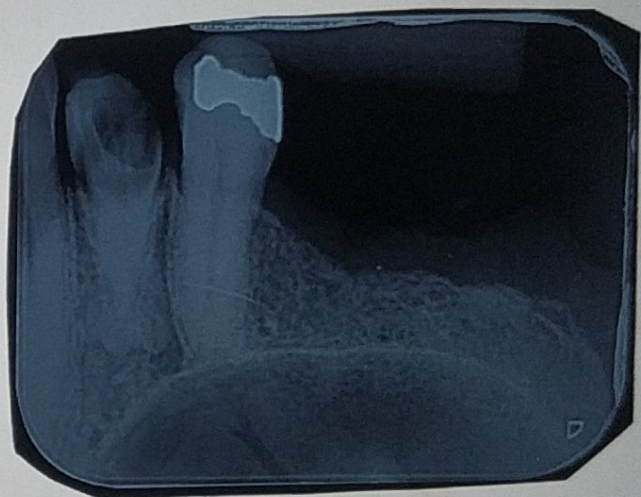
43-Data Previsto Término do Tratamento / / / / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1/4/6/0/0	47-Valor Total R\$ 0/0/0	48-Total Franquia/Co-participação R\$ / / /
---	--	---	-------------------------------------	-----------------------------	--

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), 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 3/0/11/1/2/1	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 3/0/11/1/2/1	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Ben-Inter 3/0/11/1/2/1	53-Data, local e Carimbo da Empresa 3/0/11/1/2/1
---	---	---	---

Amara Karen Rodrigues
Dra. Amara Karen Rodrigues
CRO-MG 37716
Especialista em Prótese Dentária



2021



imagem.

Cristiano Heleno de Oliveira
Nasc: 21/06/1984 - 37 anos e 5 meses
Dra Amanda Karen -09/12/2021
id 53403

