

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Na⁺

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/21/04//21	4-Data de Autorização 10/6/05//21	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8505584	7-Data Validade da Serinha 12/1/07//21
--------------------------	---	--------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	---

529260
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira	00202536725600000101
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Dia Validade da Carteira	___/___/___
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

13-Nome	DAVIDSON PEREIRA ALVES
14-Telefone	011/02.1990 () - ()
15-Nome do titular do piano	DAVIDSON PEREIRA ALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
15-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLÓGICA ORTHOLIFE LTDA		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 8 6 2 6 3 2 9 6 0 1	22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES		
25-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES	16-Número no CRO 38839	19-UF MG	20-Código CBO S 06
23-Número no CRO 38839	24-UF MG	25-Código CYES	
27-Número no CRO 38839	28-UF MG	29-Código CBO S	
		025 - Faturar Empresa	
		(1F) 86200156-16	
		(1) 81000421-	

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- Monitor da Clínica	42- Assinatura
1- 0 0	8 5 2 0 0 1 5 8	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16		1	5 3 3 0 0	0 0 0 0		S	07/10/2014		<i>Dr. Paulo</i>
2- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSD		1	1 4 0 0	0 0 0 0		S	07/10/2014		<i>X. Pereira</i>
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43- Data Previsto Término do Tratamento

07/10/2014

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

5 4 7 0 0

47- Valor Total R\$

0 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), 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.

Ana Patrícia S. F. Marques
Cirurgiã-Dentista
CRO-MC 38839

Ana Patricia S. F. Marques

Cirurgiã-Dentista
CRO-MC 38839

~~And Paid~~

CRONISTAS

ilista
10830

3