

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/110/20	4-Data de Autorização 13/110/20	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7949695	7-Data Válida da Senha 07/01/21
--------------------------	--	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	------------------------------------

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 0020253264190000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida da Carteira ____/____/____	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome LUCIMARA MARIA AMORIM	14-Telefone (____) _____	15-Nome do titular do plano LUCIMARA MARIA AMORIM
----------------------------------	-----------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALICE DE LACERDA MARQUES	18-Número no CRO 18211	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 49795422634	22-Nome do Contratado Executante ALICE DE LACERDA MARQUES	23-Número no CRO 18211	24-UF MG	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ALICE DE LACERDA MARQUES	27-Número no CRO 18211	28-UF MG	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

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
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	S 14/110/20			Lucimara	
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	S 14/110/20			Lucimara	
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	S 14/110/20			Lucimara	
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	S 14/110/20			Lucimara	
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	S 14/110/20			Lucimara	
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/110/20	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 1174,00	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, fui informado(a) quanto ao seu risco 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 essa documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Alice de Lacerda Marques
Cirurgiã Dentista
CROMG 18211

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
14/110/20 Alice de Lacerda Marques

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/110/20 Alice de Lacerda Marques

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário X Responsável
14/110/20 Lucimara Maria Amorim

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