



2ª edição para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



618586
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dados de Emissão da Guia 11/13/07/21	4-Data de Autorização 11/14/07/21	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8809487	7-Data Validade da Guia 11/11/10/21
--------------------------	---	--------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/012/02/539164100001001001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/10/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome ALINE CARLA GUEDES SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALINE CARLA GUEDES SILVA
-------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROC RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 35532	19-UF MG	20-Código CBO S 09
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10515486918613	22-Nome do Contratado Executante LUIZ RENATO RODRIGUES FERNANDES	23-Número no CRO 35532	24-UF MG	25-Código CHES (1) 81000405
---	---	---------------------------	-------------	--------------------------------

26-Nome do Profissional Executante LUIZ RENATO RODRIGUES FERNANDES	27-Número no CRO 35532	28-UF MG	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

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 Guia	42-Assinatura
1-0	0	81100405				78,00		0,00		11/07/21		
2-												
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 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, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tenham sido 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

51-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável pelo Tratamento

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

53-Data, local e Cartão de Entrega
