



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/2019	4-Data de Autorização 11/09/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7852868	7-Data Validade da Senha 10/07/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

371145

8-Número da Carteira 010202531151000000101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JUSSARA APARECIDA KLEN	14-Teléfono () -	15-Nome do titular do plano JUSSARA APARECIDA KLEN
-----------------------------------	----------------------	---

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	18-Número no CRO 39372	19-UF MG	20-Código CBO S Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	------------------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06312468607	22-Nome do Contratado, Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	23-Número no CRO 39372	24-UF MG	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	27-Número no CRO 39372	28-UF MG	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fração	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	48	1	1	73,00	0,00			15/09/2019		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 15/09/2019	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Fracal	46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	--	---------------------------------	----------------------------	---

49-Observação

CRO-MG 39372

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/09/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/09/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/09/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Jussara Aparecida Klen