

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2019 12:00	4-Data de Autorização 12/2/2019 12:00	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7871369	7-Data Validade da Serão 11/4/2020
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

375425
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00020253126160000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JULIANA KELIN DIAS	08/07/2000		14-Telefone () 364916378	15-Nome do Titular do plano ISAÍAS DIAS FILHO

Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento

16-Alinhamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 12838	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 174225251691	22-Nome do Contratado Executante ALMIRIO JOSE BORELI	23-Número no CRO 12838	24-UF MG	25-Código CINES 5510317	Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante ALMIRIO JOSE BORELI	27-Número no CRO 12838	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000421-	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Realização	42-Assinatura
1-000	81000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14,00	0,00	0,00	Si	11/05/2019	200425	
2-000	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14,00	0,00	0,00	Si	11/05/2019	200425	
3-000	81000421	RX PERIAPICAL	RME	1	1	14,00	0,00	0,00	Si	11/05/2019	200425	
4-000	81000421	RX PERIAPICAL	RMDS	1	1	14,00	0,00	0,00	Si	11/05/2019	200425	
5-000												
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/05/2019	44-Tipo de Alinhamento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
--	--

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 15,60
---	---------------------------------

47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, 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) 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/05/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/2019
---	---

52-Data, local e Assinatura do Responsável 11/05/2019	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/05/2019
--	--

54-Data, local e Assinatura da Empresa 11/05/2019	55-Data, local e Assinatura da Empresa 11/05/2019
--	--

ODONTODOC
ALMIRIO JOSE BORELI
Cirurgião-Dentista