



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 27/02/24	4-Dia de Autorização 05/03/24	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12204341	7-Dia Validade da Guia 27/05/24	1794349 INTERCÂMBIO
--------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	-----------------------	--	------------------------------------	------------------------

8-Número da Carteira 00202511881400001011	9-Tipo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
13-Nome SUELLE FIGUEIREDO DA SILVA DE CARVALHO		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano SUELLE FIGUEIREDO DA SILVA DE CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA APARECIDA ALVES DE SOUZA	18-Número no CRO 12785	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CUF 50935657000119	22-Nome da Contratada Específica CLINICA ODONTOLÓGICA ODONTO DENTE LTDA	23-Número no CRO 12785	24-UF DF	25-Código CBO S 8630504
26-Nome do Profissional Específico AMANDA APARECIDA ALVES DE SOUZA		27-Número no CRO 12785	28-UF DF	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dental Regio	34-Faixa	35-QD	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Índice de Dose	42-Atividade
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			S05/03/24		24h
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	14,00	0,00			S05/03/24		24h
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Dia Previsto Término do Tratamento 05/03/24												
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 1178,00												
47-Valor Total R\$ 0,00												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as condições, 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, as despesas referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/03/24	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/03/24	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/03/24	53-Dia, local e Carimbo da Empresa 05/03/24
--	--	--	--

Dra. Amanda A. de Souza
Cirurgiã Dentista
CRO - DF 12785

Dra. Amanda A. de Souza
Cirurgiã Dentista
CRO - DF 12785

Clinica Odontológica Odonto Dente
CNPJ: 50.951.000-11