

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



508976
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/05/2013 4-Data de Autorização 10/04/2015 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8424647 7-Data Validade da Senha 12/31/2016

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 10020253423660000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome DANIELA MIRANDA CAVALCANTE 14/12/1982 15-Nome do Titular do plano DANIELA MIRANDA CAVALCANTE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN CLINICA ODONTOMEDICA VIVER 17-Nome do Profissional Solicitante 18-Número no CRO 12222 19-UF BA 20-Código CBO 6 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02379397546 22-Nome do Contratado Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO 23-Número no CRO 12222 24-UF BA 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO 27-Número no CRO 12222 28-UF BA 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 Glosa	42-Assinatura	
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	44	OD	1	88,00	0,00	5104/05/21					
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	88,00	0,00	5104/05/21					
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	5104/05/21					
4-00													
5-00													
6-00													
7-00													
8-00													
9-00													
10-00													
11-00													
12-00													
13-00													
14-00													
15-00													
16-00													
17-00													
18-00													
19-00													
20-00													
21-00													
22-00													
23-00													
24-00													
25-00													
26-00													
27-00													
28-00													
29-00													
30-00													
31-00													
32-00													
33-00													
34-00													
35-00													
36-00													
37-00													
38-00													
39-00													
40-00													
41-00													
42-00													
43-00													
44-00													
45-00													
46-00													
47-00													
48-00													
49-00													
50-00													
51-00													
52-00													
53-00													
54-00													
55-00													
56-00													
57-00													
58-00													
59-00													
60-00													
61-00													
62-00													
63-00													
64-00													
65-00													
66-00													
67-00													
68-00													
69-00													
70-00													
71-00													
72-00													
73-00													
74-00													
75-00													
76-00													
77-00													
78-00													
79-00													
80-00													
81-00													
82-00													
83-00													
84-00													
85-00													
86-00													
87-00													
88-00													
89-00													
90-00													
91-00													
92-00													
93-00													
94-00													
95-00													
96-00													
97-00													
98-00													
99-00													
100-00													
43-Data Prevista Término do Tratamento													
44-Tipo de Atendimento													
45-Tipo de Faturamento													
46-Total Quantidade US													
47-Valor Total R\$													
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. 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, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. Edimário Alves de Jesus Neto

Dr. Edimário Alves de Jesus Neto

Fotografado Anexado

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/05/21 CRO BA 12.222 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/21 CRO BA 12.222 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 10/05/21 53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/05/21