



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



654810 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/08/2021 4-Data de Autorização 10/08/2021 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8921861 7-Data Validade da Senha 08/11/2021

Dados do Beneficiário
 8-Número da Carteira 10020253944360000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
 13-Nome KARINE RODRIGUES DO NASCIMENTO 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do Utilizar do plano KARINE RODRIGUES DO NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
 16-Atendimento e RN N 17-Nome do Profissional Solicitante MICHELLY PEDROSA MONTEIRO CAVALCANTE 18-Número no CRO 10444 19-UF CE 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03590546336 22-Nome do Contratado Executante MICHELLY PEDROSA MONTEIRO CAVALCANTE 23-Número no CRO 10444 24-UF CE 25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
 26-Nome do Profissional Executante MICHELLY PEDROSA MONTEIRO CAVALCANTE 27-Número no CRO 10444 28-UF CE 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 de Glosa | 42- Assinatura |
|------------|----------------------------|--------------------|------------------|----------|---------|-------------------|-----------|----------------------------------|---------|------------------------|---------------------|----------------|
| 1- | 0018511001196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 13 | M | 1 | 6,11 | 0,00 | 0,00 | S | 10/08/21 | | Karine |
| 2- | 0018511002000 | RESTAURAÇÃO RESINA | 15 | OV | 1 | 8,81 | 0,00 | 0,00 | S | 10/08/21 | | Karine |
| 3- | | | | | | | | | | | | |
| 4- | | | | | | | | | | | | |
| 5- | | | | | | | | | | | | |
| 6- | | | | | | | | | | | | |
| 7- | | | | | | | | | | | | |
| 8- | | | | | | | | | | | | |
| 9- | | | | | | | | | | | | |
| 10- | | | | | | | | | | | | |
| 11- | | | | | | | | | | | | |
| 12- | | | | | | | | | | | | |
| 13- | | | | | | | | | | | | |
| 14- | | | | | | | | | | | | |
| 15- | | | | | | | | | | | | |

43-Data Previsão 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 149,00 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. 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

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

Clínica Odonto Bem Estar
CNPJ: 36.930.031/0001-99
CEL. WHATS APP: (85) 9252.1914
END: AV Monsenhor Tabosa, 624 - P. 2º