

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1090101
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/08/22	4-Data de Autorização 05/08/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10215157	7-Data Validade da Senha 03/11/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202548433800000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PAULA ROMANA PEREIRA MARANHÃO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ERNANE CELSO SOARES NERES	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ORTHOLIFE		18-Número no CRO 11886	19-UF DF	20-Código CBO S 05	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36580953000113		22-Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLOGICA DRA ISABELLA ALENCAR		23-Número no CRO 11886	24-UF DF	25-Código CNES 0157953	
26-Nome do Profissional Executante ISABELLA FERREIRA ALENCAR				27-Número no CRO 11886	28-UF DF	29-Código CBO S	

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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00		S	05/08/22		Paula Rom
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	D	1	61,00	0,00		S	05/08/22		Paula Rom
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 122,00	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 no 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 05/08/22 Dr. Paula Rom CRO-DF 11886	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/08/22 Dr. Isabella Ferreira Alencar CRO-DF 11886	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/08/22 x	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	---	--