

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



419116
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 11/14/11/20	4-Data de Autorização 27/11/11/20	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8053962	7-Data Validade da Seria 12/10/21
--------------------------	--	--------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Plano de Benefício 00202533265400000101	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 KAROLINI SANTOS DA SILVA	14-Idade 10/11/1996	15-Nome do titular do plano KAROLINI SANTOS DA SILVA
-------------------------------------	------------------------	---

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ORAL D - MATRIZ	18-Número no CRO 4114	19-UF AM	20-Código CBO S 04
--	--------------------------	-------------	-----------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 159441038253	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CHES (I) 85100218 (II) 85100200	26-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	27-Número no CRO 4114	28-UF AM	29-Código CBO S (I) 85100218 (II) 85100200	30-Atividade 025 - Faturar Empresa Enviar - RX
---	--	--------------------------	-------------	---	--	--------------------------	-------------	--	---

31-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Regiões	34-Face	35-Crit	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-00	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DPV	1	122,00	0,00			11/11/2021		Karolina
2-00	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VPM	1	122,00	0,00			11/11/2021		Karolina
3-00	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	122,00	0,00			11/11/2021		Karolina
4-00	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	122,00	0,00			11/11/2021		Karolina
5-00	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	17	P	1	122,00	0,00			11/11/2021		Karolina
6-00	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MPV	1	122,00	0,00			11/11/2021		Karolina
7-00	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	122,00	0,00			11/11/2021		Karolina
8-00	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	122,00	0,00			11/11/2021		Karolina
9-00	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	122,00	0,00			11/11/2021		Karolina
10-00	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	122,00	0,00			11/11/2021		Karolina
11-00	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	122,00	0,00			11/11/2021		Karolina
12-00	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA										
13-00	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA										
14-00	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA										
15-00	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA										

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 881,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,00
--	--	---	------------------------------------	-----------------------------	---

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) 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 30/11/2020 Dra. Kely M. de Aguiar CRO-AM 4114	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/2020 Dra. Kely M. de Aguiar CRO-AM 4114	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/2020 Karolini Santos da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	---	---