





GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24"



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/02/21	4-Data de Autorização 09/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8277108	7-Data Validade da Senha 09/05/21	471815 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202534805700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome MICHELLE AGUIAR DOS SANTOS PINTO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MICHELLE AGUIAR DOS SANTOS PINTO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05628727369	22-Nome do Contratado Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE
26-Nome do Profissional Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	27-Número no CRO 10035
18-Número no CRO 10035	19-UF CE
23-Número no CRO 10035	24-UF CE
25-Código CNES () 81000421-RPID	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
28-UF CE	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	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
1-0	081000421	RX PERIAPICAL	RPID	1	1	4,00	0,00		S	08/03/2021		Michele
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/02/21	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 Quantidade US 14,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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-Operação paciente com ressupção de AVALIAÇÃO efetivar sup. e posicionar PROCP NOBRE SEM PRECISE CANAL	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/02/21 Dra. NAYRA E. NOBRE CRO: 10035	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/02/21 Dra. NAYRA E. NOBRE CRO: 10035	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/02/21 Michele CRO: 10035	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	--	--	--



473345
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/02/21	4-Data de Autorização 09/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8283680	7-Data Validade da Senha 10/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253480570000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MICHELLE AGUIAR DOS SANTOS PINTO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MICHELLE AGUIAR DOS SANTOS PINTO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	18-Número no CRO 10035	19-UF CE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05628727369	22-Nome do Contratado Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	23-Número no CRO 10035	24-UF CE	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE		27-Número no CRO 10035	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 da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	08/02/2021		Michelle
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/02/21	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 14,00	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: PACIENTE COM DOR ENFERMADA NO 36 DE PROCEDIMENTO ENDODONTICO. PACIENTE COM GRANDE RESTAURAÇÃO, INVESTIGAÇÃO

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 09/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/02/21 Michelle	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	--	--