



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

680764
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/08/21	4-Data de Autorização 25/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8988090	7-Data Validade da Senha 23/11/21							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0020253944360000101	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 titular 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								
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 Glósa	42-Assinatura
1-00182000816		EXODONTIA A RETALHO	23	1		73,00	0,00			10/09/21		Karine
2-00182000816		EXODONTIA A RETALHO	26	1		73,00	0,00			10/09/21		Karine
3-00182000816		EXODONTIA A RETALHO	28	1		73,00	0,00			10/09/21		
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 219,00		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 10/09/21			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/21 Dra. Michelly P.M. Cavalcante Cirurgiã-Dentista CRO: 10.444			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/21 Karine			53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/09/21 Clínica Odontol Bem Estar CNPJ: 36.930.831/0001-99 CEL / WHATS APP (85) 99252.1914 END: AV Monsenhor Tabosa, 624 - P Tracema			