



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

706691
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2019	4-Data de Autorização 12/09/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9066485	7-Data Validade da Senha 11/09/2021
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002025403426000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GLEICIANE DELGADO SILVA		14-Telefone (11) -	15-Nome do titular do plano GLEICIANE DELGADO SILVA		
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
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
1-00085400262		PINO PRE-FABRICADO	11	1	1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo de Glosa					
42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
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, escolho 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					
Pagamento do ato condicionado ao envio de RX Inicial e final do Núcleo, e Imagem Final da Coroa Provisória para análise de produção.					
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	
12/11/2019		12/11/2019		12/11/2019	
Dr. Michel M. Cavalcante		Dr. Michel M. Cavalcante		Gleiciane Delgado Silva	
Cirurgião-Dentista		Cirurgião-Dentista		Beneficiária	
CRO 0010444		CRO 0010444		CRO 0010444	
53-Data, local e Carimbo de Empresa					
12/11/2019					
Clínica Odonto Bem Estar					
CNPJ: 36.936.031/0001-99					
CEL / WHATS APP (85) 98252.1914					
END: AV Monsenhor Tabosa, 824 - P. Pacoima					