

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2208408
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/02/25		4-Data de Autorização 22/02/25		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 13530644		7-Data Validade da Senha 14/05/25	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0020250551697000014021						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa EVANDRO PEREIRA NASCIMENTO		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome ANDRESSA POSSIDONIO DE OLIVEIRA											
12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA DRA EMMANUELA				14-Telefone 10/02/1994		15-Nome do titular do plano FILIPE POSSIDONIO DE OLIVEIRA			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 44336060000155				22-Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLOGICA ODONTO IMBUI LTDA ME				18-Número no CRO 19125		19-UF BA	
28-Nome do Profissional Executante EMMANUELA CRUZ ALVES DE SOUZA								23-Número no CRO 19125		24-UF BA	
25-Código CNES 9999999								26-Código CBO S 10		27-Código CBO S	
29-Código CBO S								28-UF BA		29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100200

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	RMSD		1	14,00	0,00			22/02/25		ANDRESSA
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00			22/02/25		ANDRESSA
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			22/02/25		ANDRESSA
4-	00815100200	RESTAURAÇÃO RESINA	28 OD		1	88,00	0,00			22/02/25		ANDRESSA
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 130,00		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 Favor anexar os RX após a realização no prontuário do beneficiário conforme as regras da operadora.											

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/02/25 Dra. Emanuela Cruz Alves de Souza CRO BA 19125		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/02/25 Dra. Emanuela Cruz Alves de Souza CRO BA 19125		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/02/25 ANDRESSA P. OLIVEIRA		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
---	--	---	--	--	--	--	--