GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 1157138

INTERCÂMBIO

stro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
414	23/09/22	28/09/22	AUTORIZADO	10397659	22/12/22

do Beneficiário

ero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0202551316900000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

me	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ARI ANA PRADO LOPES DA CRUZ 08/12/1983	(24) 99384-7081	ARIANA PRADO LOPES DA CRUZ

do Contratado Responsável pelo Tratamento

ndimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	ELIANE BISPO DE ALENCAR	16512	RJ	

025 - Faturar Empresa

ligo na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
26208337817	ELIANE BISPO DE ALENCAR	16512	RJ	

me do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANE BISPO DE ALENCAR	16512	RJ	

e Tratamento / Procedimentos Solicitados

ela	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
	0 81 00 06 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	23/09/22		
	0 82 00 85 9	EXODONTIA DE RAIZ	28		1	73,00	0,00		S	28/09/22		
	0 85 30 04 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/10/22		
	0 85 30 04 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/10/22		
	0 85 30 04 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/10/22		
	0 85 30 04 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	03/10/22		

a 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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	251,00	0,00	,

o, 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 previst to. 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 v ntes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

ervação

a, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	03/10/22	03/10/22 Ariana P Lopes	/ /