



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*

654771
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/01/2018	4-Data de Autorização 10/01/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8921753	7-Data Validade da Senha 08/11/2018
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202539443600000101	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 01/02/1995	15-Nome do titular do plano KARINE RODRIGUES DO NASCIMENTO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a 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
1	00811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1
2	00820000816	EXODONTIA A RETALHO	46	1	1
3	00820000816	EXODONTIA A RETALHO	48	1	1
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 180,00		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-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/09/2018		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/2018 Dra. Michelly R. M. Cavalcante Cirurgiã-Dentista CRO/ 10.444		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/2018 Karine	
53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/09/2018		Clínica Odonto Bem Estar CNPJ: 36.930.031/0001-99 CEL: WHATS APP (85) 99252.1914 END: AV. Monsenhor Tabosa, 624 - P. Icarana			