



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2019	4-Data de Autorização 22/09/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9066437	7-Data Validade da Senha 11/12/2019	706631 INTERCÂMBIO						
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 101021025403426000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome GLEICIANE DELGADO SILVA		14-Telefone 17/09/1984	15-Nome do titular do plano GLEICIANE DELGADO SILVA									
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 Enviar - RX (1) 85100200							
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 Glosa	42-Assinatura
1	00181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				10/10/2019		Gleiciane
2	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00				10/10/2019		Gleiciane
3	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	D	1	61,00				10/10/2019		Gleiciane
4	00185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MV	1	88,00				10/10/2019		Gleiciane
5	00185400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	11		1	154,00				10/10/2019		Gleiciane
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/19												
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 398,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00				
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(ram) 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-Observações Pagamento do ato condicionado ao envio de imagem final da Coroa Provisória para análise de produção.												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/2019		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2019		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2019		53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/2019						
		Dr. Michelly P. M. Cavalcante Cirurgiã-Dentista CRO: 10.444				Clínica Odonto Bem Estar CNPJ: 36.938.031/0001-99 CEL / WHATSAPP: (85) 98252.1914 END: AV Marechal Távora, 624 - P. Francisco						