Guia enviado dia 14/5/22 pelo app

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 916571 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/03/22	23/03/22	AUTORIZADO	9707533	20/06/22

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202539469610001001	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANA CRISTINA QUEIROZ COSTA 22/07/1993	( )	ANA CRISTINA QUEIROZ COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	SAMANTHA CRISTINE DA SILVA HENSCHEL	8070	PA	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
01014895285286	SAMANTHA CRISTINE DA SILVA HENSCHEL	8070	PA	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
SAMANTHA CRISTINE DA SILVA HENSCHEL	8070	PA	

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 da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	13/05/22		Ana Queiroz
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	13/05/22		Ana Queiroz
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	13/05/22		Ana Queiroz
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	13/05/22		Ana Queiroz
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													

43-Data Previsão Termino do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
13/05/22	1 (1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência)	1 (1-Total 2-Parcial)	1440	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/foram realizado(s) por seu cirurgião-dentista 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
13/05/22 Belém/PA	13/05/22 Belém/PA	13/05/22 Belém/PA Ana Queiroz	