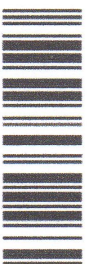




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



1348557
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Dia de Emissão da Guia 12/3/2023		4-Dia de Autorização 01/03/2023		5-Série AUTORIZADO		6-Numero da Guia Principal 10920329		7-Dia Validade da Série 12/4/2023		
Dados do Beneficiário												
8-Numero da Carteira 0020202555412400000101												
9-Ramo POS REDE PRESTADORA												
13-Nome VANESSA DIAS DE SOUSA DO CARMO												
30/01/1993												
14-Telefone () - - - - -												
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA												
11-Dia Validade da Carteira / /												
12-Numero do Cartão Nacional de Saúde												
15-Nome do titular do plano VANESSA DIAS DE SOUSA DO CARMO												
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN PRISMA ODONTOLOGIA												
17-Nome do Profissional Solicitante												
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10307290000174												
22-Nome do Contratado Especiarista PPA ODONTOLOGIA LTDA - ME												
27-Numero no CRO 7696												
28-UF DF												
25-Código CNES 9999999												
20-Código CBO S 01												
23-Numero no CRO 7696												
24-UF DF												
25-Código CBO S 9999999												
26-Nome do Profissional Especiarista ALINE RODRIGUES ARRUDA												
27-Numero no CRO 7696												
28-UF DF												
25-Código CBO S												
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Dia de Realização	41-Medico da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3 6 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	1	0 2 0 3 1 2 3	1	1
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3 6 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	1	0 2 0 3 1 2 3	1	1
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3 6 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	1	0 2 0 3 1 2 3	1	1
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3 6 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	1	0 2 0 3 1 2 3	1	1
5-0	0	8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3 4 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	1	0 2 0 3 1 2 3	1	1
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											
43-Data Previsto Término do Tratamento 02/10/2023												
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial												
46-Total Quantidade US 1 7 8 0 0												
47-Valor Total R\$ 0 0 0 0												
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(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-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/10/2023 Aline Arruda												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/2023 Aline Arruda												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/2023 Vanessa Dias												
53-Data, local e Campo da Empresa 02/10/2023 Aline Arruda												

PRISMA

Odontologia Inteligente

PPA Odontologia LTDA-ME

CNPJ: 10.307.290/0001-74