



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-99

325690
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 11/07/2019 3-Data de Autorização 12/06/2019 4-Senha AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 7640200 6-Data Validade da Senha 11/09/2019

7-Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira 000202518643400000803 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa JASMINE COMERCIO DE 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCIA REJANE SILVA VIANNA 21/05/1971 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MARCELO ROBERTO VIANNA

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA 18-Número no CRO 4992 19-UF DF 20-Código CBO S 01 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 61128201100 22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES 23-Número no CRO 4992 24-UF DF 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES 27-Número no CRO 4992 28-UF DF 29-Código CBO S
025 - Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Ocorrência	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/07/2019		
2	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/07/2019		
3	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/07/2019		
4	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/07/2019		
5	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/07/2019		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Encerrado Tratamento 15/07/2019 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1780,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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), 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-Dados locais e Assinatura do Contratado 51-Dados locais e Assinatura do Contratado 52-Dados locais e Assinatura do Beneficiário 53-Dados locais e Assinatura do Profissional