

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º ANO

375752
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/19 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50191515	7-Data Validade da Senha 14/11/2012
--------------------------	---	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa ALL CARE SINTUFRJ DENTAL		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--	--	---------------------------------------

13-Nome BARBARA DA COSTA BRAGA		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano BARBARA DA COSTA BRAGA	
-----------------------------------	--	------------------------------	--	---	--

16-Número no CRO 17808		17-UF RJ		20-Código CBO S 801 -	
---------------------------	--	-------------	--	--------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 172038632715		22-Nome do Contratado Executante MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE		24-UF RJ	
26-Nome do Profissional Executante MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE		23-Número no CRO 17808		25-Código CNES	
		27-Número no CRO 17808		28-UF RJ	

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 Cláusula 4.2-Assinatura
1-0101811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00	0,00			15/10/19	X
2-0101840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HASD		1	35,00	0,00			15/10/19	X
3-0101840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE		1	35,00	0,00			15/10/19	X
4-0101840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAIE		1	35,00	0,00			15/10/19	X
5-0101840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAID		1	35,00	0,00			15/10/19	X
6-1111111111111											
7-1111111111111											
8-1111111111111											
9-1111111111111											
10-1111111111111											
11-1111111111111											
12-1111111111111											
13-1111111111111											
14-1111111111111											
15-1111111111111											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1174,00	47-Valor Total R\$ 1174,00	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-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/10/19	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/19	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/19	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/19
---	---	---	---

DR MARIA ZITA S. ANDRADE
CRO - 17808-3