

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



388318
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 02/11/2010		4-Data de Autorização 02/11/2010		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50196522		7-Data Validade da Senha 31/12/2010			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00370000032896160						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa BLOCKFIRE EQUIPAME		11-Data Validade da Carteira / /			
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704606183163823													
13-Nome BRUNO SANTOS PECANHA						14-Telefone 07/10/1985		15-Nome do titular do plano BRUNO SANTOS PECANHA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante TOMO X CLINICA DE RADIOLOGIA DE BONSUCESSO LTDA				18-Número no CRO 19769		19-UF RJ		20-Código CEO S 09			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01250478782						22-Nome do Contratado Executante LILIAN FREIHA		23-Número no CRO 19769		24-UF RJ			
25-Código CNES						26-Nome do Profissional Executante LILIAN FREIHA		27-Número no CRO 19769		28-UF RJ			
29-Código CEO S						801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RME							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentist/Rolagem	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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	18/11/20			
2-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	18/11/20			
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	18/11/20			
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	18/11/20			
5-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	18/11/20			
6-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	18/11/20			
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		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 356,00		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), foi/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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/11/20 Lilian Freiha													
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/20 Bruno Santos Pecanha													
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/20													
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /													