



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

477362
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/02/2021	4-Data de Autorização 16/02/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8300456	7-Data Validade da Senha 16/05/21							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0020253076090000401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MEDILAR EMERGENCIAS MEDICAS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome CRISTHIAN HALLEY DE PAULA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CRISTHIAN HALLEY DE PAULA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAURIEM DE SOUZA PES	18-Número no CRO 3754	19-UF SC	20-Código CEO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8897753949	22-Nome do Contratado Executante MAURIEM DE SOUZA PES	23-Número no CRO 3754	24-UF SC	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421- (I) 85100200							
26-Nome do Profissional Executante MAURIEM DE SOUZA PES		27-Número no CRO 3754	28-UF SC	29-Código CEO S								
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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	23/02/21		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	23/02/21		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	23/02/21		
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	23/02/21		
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00		S	25/02/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 25/02/2021		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 285,00		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 25/02/2021			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/02/2021			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/02/2021			53-Data, local e Carimbo da Empresa			