



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

381395
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/2019	4-Data de Autorização 29/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7897985	7-Data Validade da Senha 22/11/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa JM GERENCIADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202529176100000601		13-Nome DANIELA FAUSTO		14-Telefone () -	
15-Nome do titular do plano DANIELA FAUSTO					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 12909	19-UF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOELMA CRISTINA TAVARES	23-Número no CRO 12909	24-UF SC	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-RPSE
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06137201996		22-Nome do Contratado Executante JOELMA CRISTINA TAVARES	27-Número no CRO 12909	28-UF SC	29-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante JOELMA CRISTINA TAVARES					

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	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	24		1	73,00	0,00		S	06/10/2019		x Daniela
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	06/10/2019		x Daniela
3												
4												
5												
6												
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 87,00	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 06/10/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/2019 x Daniela Faust	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/10/2019
---------------	---	--	---	---

Dr. Henrique de O. Raposo
Especialista em Implantodontia
e Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
CRO/SC 10175