



linhagem para o sorriso

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



326149
INTERCAMBIO

1-Número ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2017	4-Data de Autuação 18/10/2017	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50166875	7-Data Validade da Guia 18/10/2019
------------------------	---	----------------------------------	----------------------	--	---------------------------------------

8-Data de Benefício 10/03/2017	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira 18/10/2017	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898005188706832
-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--	--

13-Nome ENZO DUARTE LIMA	14-Telefone (21) 974663345	15-Nome do titular do plano NATHALIA DUARTE DOS SANTOS LIM
-----------------------------	-------------------------------	---

Declaro que o Contatado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RUI N	17-Nome do Profissional Solicitante IEDA MARIA LEITE Goulart	18-Número no CRO 22298	19-UF RJ	20-Código CBO S 901 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora (CNPJ / CPF) 1021911223177010	22-Nome do Contratado Exatante IEDA MARIA LEITE Goulart	23-Número no CRO 22298	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Exatante IEDA MARIA LEITE Goulart	27-Número no CRO 22298	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Tabela	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1-0	8100065			1	134,00	0,00			18/10/2017		
2-0	8400090			1	172,00	0,00			18/10/2017		
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Prevista Término do Tratamento 18/10/2017	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico	45-Exame Radiológico	46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Franch	47-Total Quantidade US 1106,00	48-Valor Total R\$ 10,00	49-Total Franchisa / Co-participação R\$
--	---	----------------------	--	-----------------------------------	-----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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, desde que não haja (s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s). (colocar 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.

45-Observação

50-Data Local e Assinatura do Conselho-Durante Solicitante 18/10/2017	51-Data Local e Assinatura do Conselho-Exatante 18/10/2017	52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/2017	53-Data Local e Assinatura da Empresa 18/10/2017
--	---	--	---

Dr. Ieda M. Leite Goulart
Cirurgião - Dentista
CRO - RJ 22298

Dr. Ieda M. Leite Goulart
Cirurgião - Dentista
CRO - RJ 22298