



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



Insuficiência para auto controle

355617
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 2 / 0 8 / 2 0	4-Data de Autorização 1 2 / 0 8 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50183442	7-Data Validade da Senha 1 0 / 1 1 / 2 0
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 1 5 5 3 4 5 7	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CENTAURO E E INFORMATICA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706209033675961	13-Data Validade da Guia 23/11/1978
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano MARCELO MAHFOUD CERDEIRA					

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA	18-Número no CRO 31345	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 5 4 7 6 3 1 8 7 1 2	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA	23-Número no CRO 31345	24-UF RJ	Faturar Empresa Enviar - RX (F) 85200158-36
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA	27-Número no CRO 31345	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor
1-0 0 1 8 5 2 0 0 1 5 8	TRATAMENTO ENDODONTICO	36	1	1	1	5 3 3 0 0	0 1 0 0
2-1							
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 Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 5 3 3 0 0	47-Valor Total R\$	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 24/10/2018 Monique Ferreira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/2018 Monique Ferreira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2018	53-Data, local e Carimbo de Empresa 24/10/2018
---------------	--	--	---	---