

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º ANO

386621
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/09/2019	4-Data de Autorização 10/11/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50195924	7-Data Validade da Senha 12/09/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 0003700000031238443	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708200619969146

13-Nome CAROLINA BARBOSA DE MEDEIROS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CAROLINA BARBOSA DE MEDEIROS
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA DE LA QUINTANA VIDAURRE

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 113383773701	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA DE LA QUINTANA VIDAURRE
---	--

26-Nome do Profissional Executante FERNANDA DE LA QUINTANA VIDAURRE	27-Número no CRO 46409	28-UF RJ	29-Código CBO S 46409
--	---------------------------	-------------	--------------------------

20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX	29-Código CBO S (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 85100200
--	-------------	-------------------------------	---

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 Glâsia	42-Assinatura
1-000810010375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	10/11/2019	20	
2-000810010375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	10/11/2019	20	
3-000851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	1	6,10	0,00	0,00	0,00	10/11/2019	20	
4-000851010200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	1	8,80	0,00	0,00	0,00	10/11/2019	20	
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/2019	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 177,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 10/11/2019 FERNANDA DE LA QUINTANA VIDAURRE	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 10/11/2019 CAROLINA BARBOSA DE MEDEIROS	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 10/11/2019 CAROLINA BARBOSA DE MEDEIROS	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/2019
--	--	--	---