

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



316711
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/05/20	4-Data de Autorização 26/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50164012	7-Data Validade da Senha 24/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000031166388	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CARLEIZA MORUCCI F	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708402786077962
13-Nome CARLEIZA MORUCCI FERREIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CARLEIZA MORUCCI FERREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 25255	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07346548710	22-Nome do Contratado Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES	23-Número no CRO 25255	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES		27-Número no CRO 25255	28-UF RJ	29-Código CBO 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
1-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	26/05/20		
2-00	81000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	26/05/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

03.037.318/0004-88
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE LTDA.
Av. das Américas, 4666 - Sala 408
Centro Médico II - Barra Shopping
Barra da Tijuca - CEP 22640-902
Rio de Janeiro - RJ

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/05/20	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 300,00	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 26/05/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/05/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/05/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/05/20
---	---	---	---

Para:

Carlaiza Norucci

Solicito radiografia panorâmica da
p.e. e periapical completo.

Para avaliação de tecidos mo-
lares e avaliação de perda
óssea

Rio, 25/05/2020

Juliana de Lima Ferreira da Costa
Cirurgiã-Dentista
CRD-24458

Carlaiza Norucci



