

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

**348584
INTERCAMBIO**



43-Data Previsão Término do Tratamento

46-Tipo de Atendimento

48-Total Franquia / Co-participação R\$

1-Registro ANS

3-Data de Emissão da Guia

5-Senha

7-Data Válidade da Senha

E-Número da Guia Principal

11-Data Válidade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

50180413

28/11/20

2-Número da Carteira

130/10/20

4-Data de Autorização

130/10/20

6-Plano

AUTORIZADO

14-Empresa

APEFRIOPLPART

15-Nome do Ilustrar do pleno

CARLA GRANEIRO LACERDA

16-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento

CARLA GRANEIRO LACERDA

7-Data Válidade da Senha

28/11/20

18-Número no CRO

700203469439624

19-UF

RJ

20-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora (CNPJ / CNPJ)

22-Nome do Contratado Executante

BERNARDO CAMPOS MACHADO

23-Número no CRO

37194

24-UF

RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

27-Número no CRO

37194

28-UF

RJ

29-Código CBO S

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-AU	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0101181100101301		CONSULTA ODONTOLOGICA			1	1	147,00	10,00		11/20/2018		
2-010118153010104171		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	1	3,80	0,00	0,00	11/20/2018		
3-010118153010104171		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	1	3,80	0,00	0,00	11/20/2018		
4-010118153010104171		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	1	3,80	0,00	0,00	11/20/2018		
5-010118153010104171		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD		1	1	3,80	0,00	0,00	11/20/2018		
6-1111111111111111												
7-1111111111111111												
8-1111111111111111												
9-1111111111111111												
10-1111111111111111												
11-1111111111111111												
12-1111111111111111												
13-1111111111111111												
14-1111111111111111												
15-1111111111111111												
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento										
		1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Odontonita	4-Urgência/Emergência							
45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US										
		1-Total 2-Pácial		19 9,10 0								
47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$										
				10,00								
53-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		54-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável										
55-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		56-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável										

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 a arcar com os custos previstos referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

45-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

03/11/2018/20

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

03/11/2018/20