

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



372146
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 09/09/20		4-Data de Autorização 09/09/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50190121		7-Data Validade da Senha 08/12/20	
8-Número da Carteira 00379994060042165				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa APEFRIO PLPART		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004737937578	
13-Nome ALESSANDRA BRAGA FRANCO				14-Telefone 12/03/1971		15-Nome do titular do plano MARCOS JOSE SOUZA DA SILVA					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA AUDI VON HAEHLING LIMA		18-Número no CRO 43596		19-UF RJ		20-Código CBO S		801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10397919727		22-Nome do Contratado Executante JULIANA AUDI VON HAEHLING LIMA		23-Número no CRO 43596		24-UF RJ		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante JULIANA AUDI VON HAEHLING LIMA		27-Número no CRO 43596		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 Ocorrência	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			14/09/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/09/20		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 34,00		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 no 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 14/09/20 Dr.ª Juliana A. V. H. Lima Cirurgiã Dentista CRC 43596		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/09/20 Dr.ª Juliana A. V. H. Lima Cirurgiã Dentista CRC 43596		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/20		53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/09/20 Clínica Odontológica Enio Lima	
---------------	--	--	--	--	--	---	--	--	--