Concluída 16/10

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 393942

INTERCÂMBIO

o ANS 14	3-Data de Emissão da Guia 09/10/20	4-Data de Autorização 13/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198300	7-Data Validade da Senha 07/01/21

Beneficiário

o da Carteira 3799940657026199	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MARIANE MATOS DA S	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700605457567663
IANA MATOS HORTENCIO DE SOU 06/05/2016		14-Telefone ( ) -	15-Nome do titular do plano MARIANE MATOS DA SILVA	

Contratado Responsável pelo Tratamento

imento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante THALYTA BRAGA DE MORAES	18-Número no CRO 46146	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa
o na Operadora / CNPJ / CPF 02156917841	22-Nome do Contratado Executante THALYTA BRAGA DE MORAES	23-Número no CRO 46146	24-UF RJ	26-Código CNES	
do Profissional Executante LYTA BRAGA DE MORAES		27-Número no CRO 46146	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Tratamento / Procedimentos Solicitados

a	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
	0851001996	RESTAURAÇÃO RESINA	84	O	1	61,00	0,00		S	16/10/2020		

Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	61,00	0,00	

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

vação

local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16 OUT 2020 Dra. Thalyta Braga Cirurgiã-dentista CRO-RJ 46146	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16 OUT 2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /