

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



420402
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/20	4-Data de Autorização 18/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8059330	7-Data Válida da Senha 15/12/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Endereço POS REDE PRESTADORA		11-Data Válida da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
6-Número da Carteira 00202524116700040001		8-Endereço POS REDE PRESTADORA		11-Data Válida da Carteira 11/11/11	
13-Nome ANDRE MARQUES DA CRUZ		14-Idade 30/11/1984		15-Nome do titular do plano ANDRE MARQUES DA CRUZ	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atividade em R\$ N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA	18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 611282011100	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	27-Número no CRO 4992	28-UF DF	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	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	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	18/11/20		André
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	18/11/20		André
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	18/11/20		André
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	18/11/20		André
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	18/11/20		André
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 18/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia e 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 Profissional Solicitante 18/11/20 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF 4992	51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 18/11/20 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF 4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário e Responsável 18/11/20 André	53-Data, local e Cópia da Empresa
---	--	---	-----------------------------------