

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



291367
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/05/2020	4-Data de Autorização 20/05/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50154118	7-Data Validade da Senha 20/05/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Endereço do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 126916385470018
13-Nome FABRICIO BRUM DE ASSIS		14-Telefone 03/03/1976	15-Nome do titular do plano FABRICIO BRUM DE ASSIS		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PRISCILA PAMELA BRAGA JAMBO		18-Número no CRO 39875	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100228
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05918695768		22-Nome do Contratado Executante PRISCILA PAMELA BRAGA JAMBO		23-Número no CRO 39875	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PRISCILA PAMELA BRAGA JAMBO		27-Número no CRO 39875		28-UF RJ	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												42-Assinatura
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	
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	MO	1	8800	000		S	20/05/20		
2	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MPVD	1	12200	000		S	20/05/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 21000	47-Valor Total R\$ 000	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 20/05/20 Priscila Jambo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/05/20 Priscila Jambo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/05/20 Fabricio	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--