



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-88*

430615
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/11/20	4-Data de Autorização 10/4/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8101667	7-Data Validade da Senha 28/10/2011
--------------------------	--	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Data de Beneficiário 10/02/02/51/9/9/8/3/6/0/0/0/2/9/9/0/2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CCT CONCEITUAL CONSTRUCOES	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome ROSANA DE JESUS SANTANA	14-Data 23/09/1967	15-Telefone (11) 1111-1111	16-Nome do titular do plano MANOEL RONIVON FURTADO OLIVEIRA
------------------------------------	-----------------------	-------------------------------	--

17-Atendimento a RSI N	18-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA FONSECA MARINHO	19-Número no CRO 14455	20-UF BA	21-Código CBO II 025 - Faturar Empresa
---------------------------	---	---------------------------	-------------	---

22-Código na Operadora / CNP / CPF 02999547579	23-Nome do Contratado Encarregado ANA PATRICIA FONSECA MARINHO	24-Número no CRO 14455	25-UF BA	26-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200158-47
---	---	---------------------------	-------------	--

27-Nome do Profissional Encarregado ANA PATRICIA FONSECA MARINHO	28-Número no CRO 14455	29-UF BA	30-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento - Procedimentos Odontológicos

31-Tabela	32-Código de Procedimento	33-Descrição	34-Quantidade	35-Faixa	36-Cód	37-Quantidade US	38-Valor	39-Franquia/Co-participação R\$	40-Ant	41-Data de Realização	42-Motivo da Glosa	43-Assinatura
1	0085200158	TRATAMENTO ENDODONTICO	47			533000	0,00			04/12/20		Rosana
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

44-Data de Término do Tratamento 04/12/20	45-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Consultas 4-Ortodontia 5-Ortopedia 6-Endodontia 7-Periodontia 8-Cirurgia 9-Emergência	46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	47-Total Quantidade US 533000	48-Valor Total R\$ 0,00	49-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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) no(s) item(s) assinado(s), foi(ram) 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, conforme estabelecido no(s) item(s) assinado(s) e de acordo com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observações
Favor anexar rx inicial e final para pagamento, sem canal associado.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
04/12/20 Ana Patrícia F. Marinho
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Encarregado
04/12/20 Ana Patrícia F. Marinho
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
04/12/20 Rosana de Jesus Santana
53-Data, local e Carimbo da Empresa
04/12/20 Ana Patrícia F. Marinho

54-Data, local e Carimbo da Empresa
04/12/20 Ana Patrícia F. Marinho