

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



315831
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/05/20	4-Data de Autorização 28/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50164138	7-Data Validade da Senha 20/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa HEMATOLOGISTAS ASSOCIADOS		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898002934762086	
8-Número da Carteira 0037994061064103				13-Nome ELAINE LOUREIRO DE VASCONCELOS				14-Telefone () -	
				15-Nome do titular do plano ELAINE LOUREIRO DE VASCONCELOS					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante MARCELO BARBOSA GARCIA		18-Número no CRO 32479		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02553974701		22-Nome do Contratado Executante MARCELO BARBOSA GARCIA		23-Número no CRO 32479		24-UF RJ	
25-Código CNES (I) 81000421-		26-Nome do Profissional Executante MARCELO BARBOSA GARCIA		27-Número no CRO 32479		28-UF RJ		29-Código CBO S	

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	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	22/05/20		
2-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	46		1	73,00	0,00		S	22/05/20		
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	22/05/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	22/05/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	22/05/20		
6-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	22/05/20		
7-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	22/05/20		
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 265,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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) e/ou tratamento(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 22/05/20 RS		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/05/20 RS		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--