



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

386626
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/2019 12:01	4-Data de Autorização 10/08/2019 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50195926	7-Data Validade da Senha 12/09/2019 12:01
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00037000000031238443			9-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa CAROLINA BARBOSA D			11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11			12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708200619969146		
--	--	--	--------------------------------	--	--	----------------------------------	--	--	---	--	--	--	--	--

13-Nome CAROLINA BARBOSA DE MEDEIROS						14-Telefone () - - - - -						15-Nome do titular do plano CAROLINA BARBOSA DE MEDEIROS					
---	--	--	--	--	--	------------------------------	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

16-Adendimento a RN FERNANDA DE LA QUINTANA VIDAURRE						17-Número no CRO 46409						18-UF RJ						19-UF RJ						20-Código CBO S 801 -					
---	--	--	--	--	--	---------------------------	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--------------------------	--	--	--	--	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11338371737011						22-Nome do Contratado Executante FERNANDA DE LA QUINTANA VIDAURRE						23-Número no CRO 46409						24-UF RJ						25-Código CNES Faturar Empresa					
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	-----------------------------------	--	--	--	--	--

26-Nome do Profissional Executante FERNANDA DE LA QUINTANA VIDAURRE						27-Número no CRO 46409						28-UF RJ						29-Código CBO S					
--	--	--	--	--	--	---------------------------	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	-----------------	--	--	--	--	--

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Assinatura
1-00	0851010030	CLAREAMENTO DENTÁRIO DE	11*	1	1	390,00	0,00	0,00	S	11/11/20	
2-00	085100021	CLAREAMENTO DENTÁRIO	AS	1	1	955,00	0,00	0,00	S	11/11/20	
3-00	085100021	CLAREAMENTO DENTÁRIO	AI	1	1	955,00	0,00	0,00	S	11/11/20	
4-00	085100072	PLACA DE ACETATO PARA	AS	1	1	660,00	0,00	0,00	S	11/11/20	
5-00	085100072	PLACA DE ACETATO PARA	AI	1	1	660,00	0,00	0,00	S	11/11/20	
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/2019	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 12432,00	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) 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 11/11/2019 Fernando de la Q.	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 11/11/2019 Carolina Barbosa de M.	52-Data, local e Assinatura do Profissional (Responsável) 11/11/2019 Carolina Barbosa de M.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/2019
---	--	--	---