

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



342251
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/07/20	4-Data de Autorização 20/07/20	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 342251	7-Data Validade da Senha 18/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00370000031048466	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CREDEAL TRANSPORTE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700506169515953
-----------------------	--	---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome RODRIGO BALDEZ DE OLIVEIRA	14-Telefone (21) 9827-81988	15-Nome do titular do plano RODRIGO BALDEZ DE OLIVEIRA
---------------------------------------	--------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTA BORGES PINHEIRO	18-Número no CRO 32943	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10208688722	22-Nome do Contratado Executante ROBERTA BORGES PINHEIRO	23-Número no CRO 32943	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85200085-27

26-Nome do Profissional Executante ROBERTA BORGES PINHEIRO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
0085200085		REST TEMP TRAT EXPECTANTE	27		1	50,00	0,00		N	20/07/2020		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/07/20	44-Tipo de Atendimento 4 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 50,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 no 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação DN: 04/10/1978	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/07/20 Roberta B. Pinheiro Cirurgião-Dentista CRO: 32943	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/07/20
---------------------------------	---	---	---	---

25.331.829/0001-06
DENTIMPLANTE ODONTOLOGIA
URGENCIA X HORAS

Méier - CEP 20720-013

Rio de Janeiro - RJ