

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



361323
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/08/12/01	4-Data de Autorização 12/11/08/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50185873	7-Data Validade da Senha 19/11/12/01
--------------------------	---	---	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000016305666	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FOXPRESS SERVICOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704208227863987
13-Nome MATHEUS GONCALVES FELIX DE OLIVEIRA		14-Telefone (12) 91645010/124	15-Nome do titular do plano IDENELSON DONIZETE 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 - Faturar Empresa
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	
26-Nome do Profissional Executante ROBERTA BORGES PINHEIRO		27-Número no CRO 32943	28-UF RJ	29-Código CBO S	

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
1-	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00		S	12/11/08	2020	
2-	0085200034	TRATAMENTO EM	14		1	8,00	0,00		S	12/11/08	2020	
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento

12/11/08/12/01

44-Tipo de Atendimento

1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

142,00

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

01001996
191.562.84P-51

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

12/11/08/12/01

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/11/08/12/01
Cirurgião-Dentista
CRO: 32943

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/11/08/12/01

53-Data, local e Carimbo da Empresa

12/11/08/12/01

DENTIMPLANTE ODONTOLOGIA
URGÊNCIA 24 HORAS

Rua Dias da Cruz, 720

Meier - CEP 20720-013

Rio de Janeiro - RJ