

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS  
406414

3-Data de Emissão da Guia  
09/10/2019

4-Data de Autorização  
09/10/2019

5-Senha  
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal  
50190127

7-Data Validade da Senha  
08/12/2019

372158  
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira  
00379994062588084

9-Plano  
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa  
CHARLES PEREIRA DA SILVA

11-Data Validade da Carteira  
00/00/00/00

12-Número do Cartão Nacional de Saúde  
708604052125783

13-Nome

CHARLES PEREIRA DA SILVA

14-Telefone  
29/04/1977

15-Nome do titular do plano  
CHARLES PEREIRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN  
N

17-Nome do Profissional Solicitante  
JULIANA COSTA DA SILVA

18-Número no CRO  
41376

19-UF  
RJ

20-Código CBO S  
801 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

14533385788

22-Nome do Contratado Executante  
JULIANA COSTA DA SILVA

23-Número no CRO  
41376

24-UF  
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

JULIANA COSTA DA SILVA

27-Número no CRO  
41376

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 |
|----------------|---------------------------|--------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------------------|
| 1-010811000030 | CONSULTA ODONTOLÓGICA     |              |                 | 1       | 1      | 34,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 29/09/2019            | Hand                             |
| 2-01084000198  | PROFILAXIA: POLIMENTO     |              | HASD            | 1       | 1      | 35,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 29/09/2019            | Hand                             |
| 3-01084000198  | PROFILAXIA: POLIMENTO     |              | HAID            | 1       | 1      | 35,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 29/09/2019            | Hand                             |
| 4-01084000198  | PROFILAXIA: POLIMENTO     |              | HASE            | 1       | 1      | 35,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 29/09/2019            | Hand                             |
| 5-01084000198  | PROFILAXIA: POLIMENTO     |              | HAIE            | 1       | 1      | 35,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 29/09/2019            | Hand                             |
| 6-01084000198  |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 7-01084000198  |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 8-01084000198  |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 9-01084000198  |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 10-01084000198 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 11-01084000198 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 12-01084000198 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 13-01084000198 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 14-01084000198 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 15-01084000198 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |

43-Data Previsão Término do Tratamento

00/00/00/00

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

174,00

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

09/12/2019 Juliana C. da Silva

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

09/12/2019 Juliana C. da Silva

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

29/09/2019 Charles P. da Silva

53-Data, local e Carimbo da Empresa

09/12/2019

Dr. Juliana C. da Silva

Cirurgião-Dentista

CRO: 41376