

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2579378
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 5 / 1 2 / 2 5	4-Data de Autorização / / / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 14726444	7-Data Validade da Senha 1 3 / 0 2 / 2 6
--------------------------	--	----------------------------------	----------------------------------	--	---

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 1 2 4 3 4 9 0 0 0 4 0 6 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MOHAWK REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709809092516296
13-Nome DAIANE DE OLIVEIRA FRAGA 28/04/1984		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ISAC CANELLA FRAGA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VINICIUS SELAU RODRIGUES	18-Número no CRO 20491	19-UF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5 5 7 1 5 3 6 6 0 0 0 1 3 9	22-Nome do Contratado Executante RVF ODONTOLOGIA ESTETICA LTDA ME	23-Número no CRO 20491	24-UF SC	25-Código CNES 4923391	
26-Nome do Profissional Executante VINICIUS SELAU RODRIGUES		27-Número no CRO 20491	28-UF SC	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-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	1 4 4 , 0 0					N	
2-	0 0 8 5 2 0 0 1 5 8	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	27		1	5 3 3 , 0 0					N	
3-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSE		1	1 4 , 0 0					N	
4-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSE		1	1 4 , 0 0					N	
5-	0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	27	MOV	1	1 2 2 , 0 0					N	
6-												
7-												
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 8 2 7 , 0 0	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	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 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 Ato 85200158: Necessario anexar radiografia no site para pagamento			
---	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--