

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



353862
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/20	4-Data de Autorização 10/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50182651	7-Data Validade da Senha 08/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037000031339134		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome LEVI ALVES MEDEIROS		14-Telefone 03/11/1952		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709803024299395	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA		18-Número no CRO 45210	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09610042740		22-Nome do Contratado Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA		23-Número no CRO 45210	24-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA		27-Número no CRO 45210		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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	90,00	0,00		S	13/08/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	I	1	90,00	0,00		S	13/08/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	41	I	1	90,00	0,00		S	13/08/20		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	42	I	1	90,00	0,00		S	13/08/20		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	I	1	90,00	0,00		S	13/08/20		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	I	1	90,00	0,00		S	24/08/20		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	I	1	90,00	0,00		S	24/08/20		
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 630,00	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 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/08/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/08/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--