



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2017 11:20:01	4-Data de Autorização 10/09/2017 11:20:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50175473	7-Data Validade da Senha 10/17/2017 11:20:01
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

336790
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário		10-Empresa APEFRIPO PLPART		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701405651565832	
8-Número da Carteira 10037111800311231031		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		14-Telefone (11) 11111111	
13-Nome CLARA CHAIM PALERMO		14-Data de Nascimento 03/11/2009		15-Nome do titular do plano MARCIA CHAIM ARAUJO		16-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 32925		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA MACIEL SIERRA		21-UF RJ		22-Código CNES 32925	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101620035781		22-Nome do Contratado Executante JULIANA MACIEL SIERRA		23-UF RJ		24-Código CBO S 32925	
26-Nome do Profissional Executante JULIANA MACIEL SIERRA		27-Número no CRO 32925		28-UF RJ		29-Código CBO S 32925	

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-	01081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	1	1	34,00	0,00	0,00	09/11/2017	09/11/2017	
2-	01081000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	1	1	1	1	1	72,00	0,00	0,00	09/11/2017	09/11/2017	
3-	01081000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1	35,00	0,00	0,00	09/11/2017	09/11/2017	
4-	01081000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1	35,00	0,00	0,00	09/11/2017	09/11/2017	
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1176,00	47-Valor Total R\$ 1176,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1176,00
--	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

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 10/11/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 10/11/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/2017
---------------	---	---	---	---