

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



337234
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 1 0 1 / 0 7 / 1 2 0 1		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7696161		7-Data Validade da Sentença 0 8 / 1 0 / 2 0			
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 0 2 5 2 9 9 1 2 9 0 0 0 0 1 0 1 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa EMANUELLE PEREIRA MAGALHAES		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome EMANUELLE PEREIRA MAGALHAES		20/12/1984		14-Telefone () / /		15-Nome do titular do plano EMANUELLE PEREIRA MAGALHAES					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA		18-Número no CRO 24111		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 8 8 5 7 5 1 6 0 6 7 2		22-Nome do Contratado Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA		23-Número no CRO 24111		24-UF RJ		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA		27-Número no CRO 24111		28-UF RJ		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rugião	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Assinatura
1-0	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3 6 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0	0 8 / 1 0 / 2 0	
2-0	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3 6 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0	0 8 / 1 0 / 2 0	
3-0	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3 6 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0	0 8 / 1 0 / 2 0	
4-0	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3 6 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0	0 8 / 1 0 / 2 0	
5-0	0 1 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3 4 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0	0 8 / 1 0 / 2 0	
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Provisão Término do Tratamento 0 8 / 1 0 / 2 0	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 1 7 8 0 0	47-Valor Total R\$	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 0 8 / 1 0 / 2 0 1 2 0 1		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 0 8 / 1 0 / 2 0 1 2 0 1		52-Data, local e Assinatura do Contratado Executante 0 8 / 1 0 / 2 0 1 2 0 1	
		Sobrelha 101 - Centro - SC (Entrada do Boleto, depois da rua Carlos Kenney, em cima da Farmácia Simfonia)					