

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



973730
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 05/11/2012	4-Data de Autorização 10/09/10 05/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9879810	7-Data Validade da Senha 10/17/10 08/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 100121021543052500001303	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONSELHO REGIONAL DOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIO ANTONIO ROSA FILHO					
14-Telefone (11) 1111-1111					
15-Nome do titular do plano BRUNO DE LUCENA ROSA					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO					
21-Código na Operadora / ONP / CPF 111538650762					
22-Nome do Contratado Executante FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO					
23-Nome do Profissional Executante FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO					
18-Número no CRO 41529					
19-UF RJ					
20-Código CEO S					
24-UF RJ					
25-Código CNES					
26-UF RJ					
27-Código CEO S					
28-UF RJ					
29-Código CEO S					

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Assinatura
1-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	09/05/22	[Assinatura]
2-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	09/05/22	[Assinatura]
3-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	09/05/22	[Assinatura]
4-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	09/05/22	[Assinatura]
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
43-Delta Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Franchia	46-Tipo de Franchia	47-Valor Total R\$	48-Tipo de Franchia	49-Valor Total R\$	50-Valor Total R\$	51-Valor Total R\$	52-Valor Total R\$	53-Valor Total R\$	54-Valor Total R\$
11/11/11	1	1	1	144,00	1	144,00	144,00	144,00	144,00	144,00	144,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a pagar em 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.

48-Observação

55-Data Total e Assinatura do Beneficiário / Responsável	56-Data Total e Assinatura do Profissional Assistente
09/05/22 [Assinatura]	09/05/22 [Assinatura]