

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2018	4-Data de Autorização 12/11/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7777385	7-Data Validade da Senha 10/09/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202526212300013401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE ITATIAIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	--------------------------------	-------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ADRIANA DE CARVALHO SANTOS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ADRIANA DE CARVALHO SANTOS
---------------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RUI ALOISIO TULLIO DE LARA MASSOTE	17-Nome do Profissional Solicitante ALOISIO TULLIO DE LARA MASSOTE	18-Número no CRO 19107	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17172830115604	22-Nome do Contratado Executante ALOISIO TULLIO DE LARA MASSOTE	23-Número no CRO 19107	24-UF RJ	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ALOISIO TULLIO DE LARA MASSOTE	27-Número no CRO 19107	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Doença	42-Assinatura
1-00	08100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00		0,00		11/08/2018		
2-00	0853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00		0,00		22/10/2018		
3-00	0853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00		0,00		22/10/2018		
4-00	0853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00		0,00		22/10/2018		
5-00	0853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00		0,00		22/10/2018		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Provisão Termino do Tratamento 11/11/11	44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,00
--	---	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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) 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

guia concluída em 22/10/20

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/2018
---	---	---	---