

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



430900
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 // 1 1 // 2 0	4-Data de Autorização 3 0 // 1 1 // 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50209841	7-Data Validade da Senha 2 8 // 0 2 // 2 1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 0 3 1 5 2 4 6 5 9	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PRISCILA PERNA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700305966571637	
13-Nome FERNANDO AUGUSTO GONCALVES DA		14-Telefone 31/03/1978	15-Nome do titular do plano PRISCILA PERNA DE FARIA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	18-Número no CRO 46320	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 7 5 1 4 4 6 3 7 8 0	22-Nome do Contratado Executante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	23-Número no CRO 46320	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		27-Número no CRO 46320	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-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSE		1	2 8 , 0 0	0 , 0 0		S	30 / 11 / 20		X
2-	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	4 7 , 0 0	0 , 0 0		S	30 / 11 / 20		X
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30 // 11 // 20	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 7 5 , 0 0	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	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 30 // 11 // 20 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 30 // 11 // 20 [Assinatura] CRO RJ 46320	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 30 // 11 // 20 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30 // 11 // 20 [Carimbo]
--	--	--	---

Dra. Lilian Policante
(1) Cirurgião Dentista
CRO RJ 46320