

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



415840
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/11/20		4-Data de Autorização 11/11/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50205086		7-Data Validação da Senha 08/02/21		
Dados do Beneficiário						8-Número da Carteira 00379994061561573						
9-Plano POS REDE PRESTADORA						10-Empresa ALIANÇA ADMINISTRADORA		11-Data Validação da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700004483261309		
13-Nome ANDRE LUIZ PEREIRA DOS SANTOS						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ANDRE LUIZ PEREIRA DOS SANTOS				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante TOMO X CLINICA DE RADIOLOGIA DE BONSUCESSO LTDA				18-Número no CRO 19769		19-UF RJ		20-Código CBO S 09		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01250478782				22-Nome do Contratado Executante LILIAN FREIHA				23-Número no CRO 19769		24-UF RJ		
25-Nome do Profissional Executante LILIAN FREIHA						26-Número no CRO 19769		27-UF RJ		28-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	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	16/11/20		
2	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	16/11/20		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	16/11/20		
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	16/11/20		
5	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	16/11/20		
6	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	16/11/20		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento		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 356,00		47-Valor Total R\$ 0,00		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				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Carimbo da Empresa		