



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

434362
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/12/20	4-Data de Autorização 07/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8117024	7-Data Validade da Senha 04/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531661200000305	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa USE MAIS MULTISERVICOS LTDA	11-Data Validade da Carteira //	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DEIZE DUQUE ALMEIDA		14-Telefone 01/07/1959	15-Nome do titular do plano ANA PAULA ALMEIDA SABRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA DENTARIA ISABEL W. DAMASCENO LTDA	18-Número no CRO 5495	19-UF RJ	20-Código CBO S 05	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 27778266768	22-Nome do Contratado Executante ISABEL WANDERLENE MEDEIROS BATISTA	23-Número no CRO 5495	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ISABEL WANDERLENE MEDEIROS BATISTA DAMASCENO		27-Número no CRO 5495	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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	02/02/21		De
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	02/02/21		De
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	02/02/21		De
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	02/02/21		De
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	02/02/21		De
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/02/21	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 178,00	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 02/02/21, Isabel W. M. B. Damasceno	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/02/21, Isabel W. M. B. Damasceno	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/02/21, Deize Duque Almeida	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------

Isabel W. M. B. Damasceno
CRO-RJ 5495

53,40