

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1007939
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/06/22	4-Data de Autorização 04/06/22	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 9980001	7-Data Validade da Senha 01/09/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0020254323610000105	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa JULIMAR MOREIRA 56918100734	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__/_/	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RAFAEL NUNES FIGUEIREDO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JULIMAR MOREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EMANUELY ALMEIDA DE ANDRADE	18-Número no CRO 51033	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3818843775	22-Nome do Contratado Executante EMANUELY ALMEIDA DE ANDRADE	23-Número no CRO 51033	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante EMANUELY ALMEIDA DE ANDRADE		27-Número no CRO 51033	28-UF RJ	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00		S	01/07/22		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	01/07/22		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	01/07/22		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento _/_/__/__/_/		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 183,00		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 _/_/__/__/_/
---	---	---	---