

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



330908
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/06/2012	4-Data de Autorização 27/06/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50172958	7-Data Validade da Senha 25/09/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700703939431670
8-Número da Carteira 00370000014349798					

13-Nome PEDRO HENRIQUE CAVALCANTI FLOR	14-Telefone (21) 9996-8161	15-Nome do titular do plano PEDRO HENRIQUE CAVALCANTI FLOR
---	-------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTA BORGES PINHEIRO	18-Número no CRO 32943	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85200085-36
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10208688722	22-Nome do Contratado Executante ROBERTA BORGES PINHEIRO	23-Número no CRO 32943	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ROBERTA BORGES PINHEIRO		27-Número no CRO 32943	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	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00		S	24/06/20		
2	0085200085	REST TEMP TRAT EXPECTANTE	36		1	50,00	0,00		S	24/06/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/06/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exams Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 84,00	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 e 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação 21/08/1990 121881894-28	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/06/20 Roberta B. Pinheiro CRO: 32943	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/06/20
---	---	---	---	---

Rua Dias da Cruz, 720

Méier - CEP 20720-013

Rio de Janeiro - RJ