

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



406802
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 28/10/2019	3-Data de Autorização 29/10/2019	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8003439	6-Data Validade da Senha 26/10/2019
Dados do Beneficiário					
7-Número da Carteira 00202530756600005801		8-Idade POS REDE PRESTADORA	9-Tipo de Atividade CAIXA DE ASSISTENCIA DOS	10-Data Validade da Carteira 11/11/11	11-Número do Cartão Nacional de Saúde
12-Nome JAIME JERONIMO FERREIRA		13-Data de Nascimento 30/08/1937	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do Titular do plano JAIME JERONIMO FERREIRA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Identificação em ITN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA		18-Número na CBO 4992	19-UF DF	20-Código CBO S 01
21-Código na Operação - CNPJ / CPF 511128201110011		22-Nome do Contratado, Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número na CBO 4992	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		27-Número na CBO 4992	28-UF DF	29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Begato	34-Mat	35-QST	36-Coordenada XYS	37-Valor	38-Franquês (em part. Acoplado R\$)	39-Ant	40-Custo de Realização	41-Montar da Tabela	42-Autorização
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	0,00					
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3600	0,00					
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3600	0,00					
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAJD		1	3600	0,00					
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3600	0,00					
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Emissão da Guia 29/10/2019	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 Faturado - Cor. part. Acoplado 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(ram) 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-Cópia do Documento			
50-Data, Local e Assinatura do Beneficiário 29/10/2019 JAIME JERONIMO FERREIRA CRO-DF-4992	51-Data, Local e Assinatura do Contratado, Executante 29/10/2019 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CIRURGIÃO DENTISTA CRO-DF-4992	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário, Responsável 29/10/2019 JAIME JERONIMO FERREIRA	53-Data, Local e Assinatura do Beneficiário, Responsável 29/10/2019 JAIME JERONIMO FERREIRA