



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



384227
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/2019	4-Data de Autorização 12/08/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50194736	7-Data Validade da Senha 12/11/2020						
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 000372378001978003											
11-Data Validade da Carteira 11/11/11											
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708601572038084											
13-Nome DANIELE REGINA PEREIRA RESENDE											
14-Telefone (11) 11111111											
15-Nome do titular do plano DANIELE REGINA PEREIRA RESENDE											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N											
17-Nome do Profissional Solicitante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 175161151126787											
22-Nome do Contratado Executante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA											
26-Nome do Profissional Executante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA											
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
1-01018110000130	1	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASE	1	1	34,00	0,00	0,00	1	30/09/20	X
2-01018153000471	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	1	30/09/20	X
3-01018153000471	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	1	30/09/20	X
4-01018153000471	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	1	30/09/20	X
5-01018153000471	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00	0,00	1	30/09/20	X
6-11111111111111											
7-11111111111111											
8-11111111111111											
9-11111111111111											
10-11111111111111											
11-11111111111111											
12-11111111111111											
13-11111111111111											
14-11111111111111											
15-11111111111111											
43-Data Previsão Término do Tratamento 30/09/2020						44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	47-Valor Total R\$ 1178,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	

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 condições 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/09/2020 Angela Maria Couto V. Tejada	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/09/2020 Angela Maria Couto V. Tejada	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/09/2020 Daniele Regina Pereira Resende	53-Data, local e Carimbo de Empresa 11/11/11
--	--	--	---