

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



474947
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/02/21		4-Data de Autorização 18/02/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8291266		7-Data Validade da Senha 12/05/21	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202521360100016801						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
13-Nome AGAMENON LIMA SOARES						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano AGAMENON LIMA SOARES			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA GOLD SAUDE				18-Número no CRO 35384		19-UF RJ		20-Código CBO S 06	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01298472598						22-Nome do Contratado Executante AMABILI BOSI DE AGUILAR DA MATA		23-Número no CRO 35384		24-UF RJ	
25-Código CNES						26-Nome do Profissional Executante AMABILI BOSI DE AGUILAR DA MATA		27-Número no CRO 35384		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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00			24/02/21		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			24/02/21		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			24/02/21		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			24/02/21		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			24/02/21		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/02/21		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											
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/02/21 Amabili Bosi de A. da Mata Cirurgião Dentista 35384				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/02/21				53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/02/21			
--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--

173.405-00000000-781
CLINICA GOLD SAUDE
Ato dos Carimbo, R 277 - 159
Maceió - RJ