

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



344965
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 23/07/20		4-Data de Autorização 23/07/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50178724		7-Data Validade da Senha 21/10/20			
Dados do Beneficiário						8-Número da Carteira 00370000032210909							
9-Plano POS REDE PRESTADORA						10-Empresa IBBCA CRP 25760		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708904747934113			
13-Nome JULIANA PEREIRA MARTINS						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano JULIANA PEREIRA MARTINS					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA				18-Número no CRO 39704		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 82000212-15			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12816546713				22-Nome do Contratado Executante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA				23-Número no CRO 39704		24-UF RJ			
26-Nome do Profissional Executante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA						27-Número no CRO 39704		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.	0082000212	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	15		1	181,00	0,00		S	23/07/20			
2.													
3.													
4.													
5.													
6.													
7.													
8.													
9.													
10.													
11.													
12.													
13.													
14.													
15.													
43-Data Previsão Término do Tratamento 23/07/20		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 181,00		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 Profissional Solicitante 23/07/20 Antonio Manuel Garcia da Rosa Cirurgião Dentista CRO/RJ-CD-39704				51-Data, local e Assinatura do Profissional Executante 23/07/20 Antonio Manuel Garcia da Rosa Cirurgião Dentista CRO/RJ-CD-39704				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/07/20				53-Data, local e Carimbo da Empresa	