

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



422013
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/20	4-Data de Autorização 18/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50207131	7-Data Validade da Senha 16/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037000027817264		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CRISTIELEN MALTA D	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700005215501607
13-Nome CRISTIELEN MALTA DE SOUZA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CRISTIELEN MALTA DE SOUZA	
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
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

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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	25/11/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	25/11/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00		S	25/11/20		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/11/20	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-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 183,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 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 Cirurgião Dentista Solicitante 25/11/20 Antonio Manuel Garcia da Rosa CRO/RJ-CD-39704	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Assistente 25/11/20 Antonio Manuel Garcia da Rosa CRO/RJ-CD-39704	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--