

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AN

1978311
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 05/10/18	4-Data de Autorização 12/10/18	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 12801485	7-Data Validade de Senha 03/11/14
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202536829300048011	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa GRAMAQ BRASIL FERRAMENTARIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FELIPE DE FREITAS RUSSO					
14-Telefone () - / -					
15-Nome do titular do plano FELIPE DE FREITAS RUSSO					

16-Atendimento a RV N		17-Nome do Profissional Solicitante NICOLI MARCELINO DELALLO		18-Número no CRO 20523		19-JF SC		20-Código CBO S		21-Valor 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 132873203000189		22-Nome do Contratado Executante DENTAL MED CLINICA INTEGRADA LTDA		23-Número no CRO 20523		24-JF SC		25-Código CNES 2925699		26-Valor Envia - RX (I) 85100200 (O) 85100200	
28-Nome do Profissional Executante NICOLI MARCELINO DELALLO		27-Número no CRO 20523		28-JF SC		29-Código CBO S		30-Valor		31-Valor	

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
1-0001851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	1	8,100	0,10	0,10	1	23/09/14	Felipe
2-0001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	1	6,100	0,10	0,10	1	23/09/14	Felipe
3-0001851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	1	8,100	0,10	0,10	1	23/09/14	Felipe
4-0001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	1	6,100	0,10	0,10	1	23/09/14	Felipe
5-0001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	D	1	1	6,100	0,10	0,10	1	23/09/14	Felipe
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 1359,00	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,10
---	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

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), 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 23/09/14	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/09/14	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/09/14	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/09/14
---------------	---	---	---	---