

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

413100
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
04/02/21

8-Número da Guia Principal
50204223

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
06/11/20

3-Data de Emissão da Guia
06/11/20

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037994062312208
11-Data Validade da Carteira 04/02/21
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705006281028657

13-Nome ANA RAFAELLA DE FRANCA SILVA
14-Telefone () - - - - -
15-Nome do titular do plano ANA RAFAELLA DE FRANCA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N
17-Nome do Profissional Solicitante MARILENE MOREIRA CUNHA
18-Número no CRO 8132
19-UF RJ
20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45760381768
22-Nome do Contratado Executante MARILENE MOREIRA CUNHA
23-Número no CRO 8132
24-UF RJ
25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MARILENE MOREIRA CUNHA
27-Número no CRO 8132
28-UF RJ
29-Código CBO S

06

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rugilo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa 42-Assinatura
1-0008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	1	1	34,00	0,00	0,00	S	06/11/20	06/11/20
2-0008100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	06/11/20	06/11/20
3-0008100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	06/11/20	06/11/20
4-0008100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	06/11/20	06/11/20
5-0008100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
6-0008100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
7-0008100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
8-0008100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
9-0008100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
10-0008100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
11-0008100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
12-0008100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
13-0008100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
14-0008100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
15-0008100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										

43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US 1178,00
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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/11/2020 Mariana de C. Cunha
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/2020 Mariana de C. Cunha
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 06/11/2020 Ana Rafaela de Franca Silva
53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Marilene Moreira Cunha
ORTODONTIA E ODONTOPEDIATRIA
CRO/RJ 8132