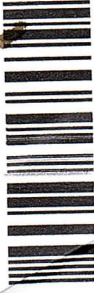




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



325483
INTERCÂMBIO

1-F-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/2019	4-Data de Autorização 11/07/2019	5-Data AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7639397	7-Data Validação da Guia 11/07/2019	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário				10-Empresa O V D IMPORTADORA E	11-Data Validação da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-1-Número da Carteira 00202025081627600019702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	31/05/1993		14-Teléfono (11) 9021412781	15-Nome do titular do plano JOSE AUGUSTO MIRANDA SILVA	
13-Nome ANDREA GOMES SILVA						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SANTOS MONTEIRO	18-Número no CRO 134314	19-UF SP	20-Código CBO S	25 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200166-21	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 432103008823	22-Nome do Contratado Exercente RODRIGO SANTOS MONTEIRO	23-Número no CRO 134314	24-UF SP	25-Código CNES	26-UF SP	
26-Nome do Profissional Exercente RODRIGO SANTOS MONTEIRO	27-Número no CRO 134314	28-UF SP	29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimento / Solicitados						
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Releção	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-0001811000030	1	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	134100
2-0001853000047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36100
3-0001853000047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36100
4-0001853000047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36100
5-0001853000047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36100
6-0001851001916	1	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61100
7-0001851001916	1	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61100
8-000185200166	1	TRATAMENTO ENDODONTICO	21		1	25800
9-0001851001916	1	RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	61100
10						
11						
12						
13						
14						
15						
43-Data Previsão Término do Tratamento						
44-Tipo de Atendimento						
45-Tipo de Faturamento						
46-Total Quantidade US						
47-V-Valor Total R\$						
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 Cirurgião-Dentista Solicitante 11/07/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/07/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/07/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/07/2019
---	---	---	---



