



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-9*

307150
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/04/2018	4-Data de Autorização 21/04/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7517951	7-Data Validade da Senha 18/07/2018							
8-Plano POS REDE PRESTADORA												
9-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS		10-Data Validade da Carteira 11/11/2018		12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome ANNA GABRIELLY TORRES DE CARVALHO												
14-Telefone () 0000-00000000												
15-Nome do Titular do plano LEANDRO SANTOS DE CARVALHO												
16-Atendimento e RN N												
17-Nome do Profissional Solicitante DANIELE SILVA DE CARVALHO												
18-Número no CRO 46464												
19-UF RJ												
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa												
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 146516427801												
22-Nome do Contratado Executante DANIELE SILVA DE CARVALHO												
23-Número no CRO 46464												
24-UF RJ												
25-Código CNES												
26-Nome do Profissional Executante DANIELE SILVA DE CARVALHO												
27-Número no CRO 46464												
28-UF RJ												
29-Código CBO S												
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabelei	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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	04/05/2018		Thays
2	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1	7,00	0,00		S	04/05/2018		Thays
3	0081000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	7,20	0,00		S	04/05/2018		Thays
4												
5												
6												
7												
8												
9												
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-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		176,00		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 este 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		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Carimbo da Empresa						
		04/05/2018 Daniele Silva de Carvalho Cirurgião-Dentista CRO RJ 46464		04/05/2018 Thays O. Carvalho								