



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

350360
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/3/08/12/01	4-Data de Autorização 10/3/08/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181229	7-Data Validade da Senha 10/1/11/12/01
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1003700000017242170	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOPUERJ	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709207292232139
13-Nome PATRICIA TELES DA SILVA		14-Telefone 16/10/1971	15-Nome do titular do plano PATRICIA TELES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTO CRISTAL DENTISTAS	18-Número no CRO 37362	19-UF RJ	20-Código CBO S 06	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08183611745	22-Nome do Contratado Executante ANDRESSA LOURENCO PEREIRA DA COSTA SILVA	23-Número no CRO 37362	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANDRESSA LOURENCO PEREIRA DA COSTA SILVA		27-Número no CRO 37362	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S	31/08/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,00	0,00		S	31/08/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38,00	0,00		S	31/08/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	38,00	0,00		S	31/08/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38,00	0,00		S	31/08/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 31/08/20	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 199,00	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 prev 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 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 31/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/08/20
---	---	---	---