

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/21/10 4-Data de Autorização 11/6/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7982802 7-Data Validade da Senha 12/01/10 8-Data Validade da Senha 12/01/11

401815
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102025262112300009701 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa MUNICIPIO DE ITATIAIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIA CRISTINA DOS SANTOS 14-Teléfono 02/01/1966 15-Nome do Titular do plano MARIA CRISTINA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALOISIO TULLIO DE LARA MASSOTE 18-Número no CRO 19107 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1772830115604 22-Nome do Contratado Executante ALOISIO TULLIO DE LARA MASSOTE 23-Número no CRO 19107 24-UF RJ 25-Código CNES Enviar - RX (R) 85200166-15

26-Nome do Profissional Executante ALOISIO TULLIO DE LARA MASSOTE 27-Número no CRO 19107 28-UF RJ 29-Código CBO S (I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 2 0 0 1 6 6										
		TRATAMENTO ENDODÔNTICO	15		1	2 5 8 10 0						
2-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1										
		RX PERIAPICAL	RPSD		1	1 4 10 0						
3-0	0											
4-0	0											
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Previsto 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 272100 47-Valor Total R\$ 10100 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) 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

guia concluída em 10/11/20

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/20 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/20 53-Data, local e Ganho da Empresa 10/11/20