

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 0 / 1 1 / 0 1 / 2 0	4-Data de Autorização 1 0 / 1 1 / 0 1 / 2 0	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198314	7-Data Validade da Sineta 0 8 / 1 0 / 1 1 / 2 1	394001 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0 0 / 3 7 / 0 0 / 0 0 / 0 2 / 2 1 / 0 5 / 1 6 / 1 7 / 3	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004712595142					

13-Nome MARIA DE FATIMA BARRETTO PEREI	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARIA DE FATIMA BARRETTO PEREI
---	------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP	18-Número no CRO 20598	19-UF RJ	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 1 / 1 1 / 6 0 / 1 8 / 1 8 / 7 4 / 3	22-Nome do Contratado Executante ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP	23-Número no CRO 20598	24-UF RJ	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP	27-Número no CRO 20598	28-UF RJ	29-Código CBO S	30-Valor 37	31-Quantidade US	32-Face	33-Dente/Região	34-Valor	35-Quantidade US	36-Valor	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	--	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	----------------	------------------	---------	-----------------	----------	------------------	----------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	----------------------------------

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- 0 0 0 1 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	3 4 1 0 0				0 8 / 1 1 / 2 0	
2- 0 0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD			1	3 5 1 0 0				0 8 / 1 1 / 2 0	
3- 0 0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID			1	3 5 1 0 0				0 8 / 1 1 / 2 0	
4- 0 0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE			1	3 5 1 0 0				0 8 / 1 1 / 2 0	
5- 0 0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE			1	3 5 1 0 0				0 8 / 1 1 / 2 0	
6- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
7- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
8- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
9- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
10- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
11- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
12- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
13- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
14- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
15- _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

43-Data	44-Data	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Faturamento	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação F
0 8 / 1 1 / 2 0	0 8 / 1 1 / 2 0	1-Total 2-Parcial	1-Total 2-Parcial	1 7 4 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0

Dedaro, que após ter sido devidamente esclarecido, os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, contendo a assinatura do profissional assistente e arcar com os custos pr contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s), foi(foram) realizado(s) com o consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, referentes ao tratamento realizado, compreendendo o valor de R\$ 1.741,00 (um mil e setecientos e quarenta e um reais).

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 0 8 / 1 1 / 2 0	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 0 8 / 1 1 / 2 0	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 0 8 / 1 1 / 2 0	53-Data, local e Carimbo da Empresa 0 8 / 1 1 / 2 0
--	--	--	--