

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



339865
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/10 17:12:00	4-Data de Autorização 11/06/10 17:12:00	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50176814	7-Data Validade da Sentença 11/03/11 10:12:00
--------------------------	--	--	--------------------------	--	--

8-Número da Carteira 10/03/7000000328043531	9-Piçarro POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ANDRE VICTOR BARBO	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número de Cartão Nacional de Saúde 704007827469563
13-Nome LIA MARA QUELLEI COSTA		14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANDRE VICTOR BARBOSA CARDOSO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BERNARDO CAMPOS MACHADO	18-Número no CRC 37194	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1116290267119	22-Nome do Contratado Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO	23-Número no CRC 37194	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO	27-Número no CRC 37194	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
1-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S	15/04/20		Buck
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,00	0,00		S	15/02/20		Buck
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38,00	0,00		S	15/02/20		Buck
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38,00	0,00		S	15/02/20		Buck
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	38,00	0,00		S	15/02/20		Buck
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 119,90	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11,90
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/04/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---