



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4P

339879
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 405414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/2017	4-Data de Autorização 16/07/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7707955	7-Data Validade de Senha 13/10/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número do Cartão 00202507367000262802	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMÓVEIS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUIZA VALE RIBEIRO	13/11/2008	14-Telefone () 9861-1249	15-Nome do Titular do plano RAQUEL BANDEIRA DO VALE		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARINA MOREIRA SALVADOR	18-Número no CRO 40774	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 58329005615	22-Nome do Contratado Executante MARINA MOREIRA SALVADOR	23-Número no CRO 40774	24-UF RJ	25-Código CHES	
26-Nome do Profissional Executante MARINA MOREIRA SALVADOR	27-Número no CRO 40774	28-UF RJ	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Coveragem	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	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00	21,0720		21/07/20		
2	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	61,00	0,00	21,0720		21/07/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	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 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 e cumprindo 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 / /					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/07/2017					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/07/2017					
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					

Marina Moreira Salvador
Cirurgiã - Dentista
CRO-RJ: 40774
Especialista Implantodontia