



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AP

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 08/03/2017	4-Data de Autorização 21/04/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7463064	7-Data Validade da Senha 08/06/2017
8-Número da Carteira 00202526212300009501					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa MUNICIPIO DE ITATIAIA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RICARDA HELENA DA SILVA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano RICARDA HELENA DA SILVA	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante DANIELE SILVA DE CARVALHO		18-Número no CRO 46464		19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CNP 14651642780		22-Nome do Contratado Executante DANIELE SILVA DE CARVALHO		23-Número no CRO 46464	24-UF RJ
25-Código CNES		26-UF RJ		27-Código CBO S	
28-UF RJ		29-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	

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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00	S	24/04/2017			
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	61,00	0,00	S	24/04/2017			
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00	S	28/04/2017			
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00	S	28/04/2017			
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00	S	28/04/2017			
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 305,00	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 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 este 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 Profissional Contratado / Responsável 28/04/2017 DANIELE SILVA DE CARVALHO CRO RJ 46464	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/04/2017 RICARDA HELENA DA SILVA	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------