

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



429799
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 7 / 1 1 / 2 0	4-Data de Autorização 1 3 / 0 1 / 1 1 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8098013	7-Data Validade da Senha 1 2 / 5 / 1 0 / 2 1 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número da Carteira 1 0 / 0 2 / 0 2 / 5 2 / 1 1 / 8 5 / 6 0 / 0 0 / 0 3 / 4 0 / 4	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira _ / _ / _ / _ / _ / _
---	--	---

13-Nome LUCAS DINIZ CAMILO DA SILVA	14-Telefone (1 3 1 1) 1 2 5 5 2 2 6 1 5	15-Nome do titular do plano LEONARDO CAMILO DA SILVA
--	--	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIOLA DULCE MONTEIRO	18-Número no CRO 27085	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 0 / 4 2 / 0 1 / 2 6 / 7 6 / 7 9	22-Nome do Contratado Executante FABIOLA DULCE MONTEIRO	23-Número no CRO 27085	24-UF MG	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante FABIOLA DULCE MONTEIRO	27-Número no CRO 27085	28-UF MG	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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
1-0008400074	1	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00		S	30/11/20	
2-0008400074	2	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00		S	30/11/20	
3-0008400074	3	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00		S	30/11/20	
4-0008400074	4	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00		S	30/11/20	
5-0008400074	5										
6-0008400074	6										
7-0008400074	7										
8-0008400074	8										
9-0008400074	9										
10-0008400074	10										
11-0008400074	11										
12-0008400074	12										
13-0008400074	13										
14-0008400074	14										
15-0008400074	15										

43-Data Previsão Término do Tratamento 1 3 / 0 1 / 1 1 / 2 0	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 9 6 0 0 0	47-Valor Total R\$	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 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 1 3 / 0 1 / 1 1 / 2 0	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 1 3 / 0 1 / 1 1 / 2 0	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 1 3 / 0 1 / 1 1 / 2 0	53-Data, local e Assinatura da Empresa 1 3 / 0 1 / 1 1 / 2 0
--	--	--	---

Dra. Fabíola Dulce Monteiro

Cirurgiã Dentista

CRO-MG 27085