



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Este formulário deve ser preenchido pelo profissional

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50194765	7-Data Validade da Senha 12/07/2021	2-Nº 384295	INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário			10-Empresa MARIANE MATOS DA S	11-Data Validade da Carteira 11/11/2021	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703609033463834	
8-Número da Carteira 00037999940657026135			15-Nome do titular do plano MARIANE MATOS DA SILVA			
13-Nome FELIPE MATOS HORTENCIO DE SOUZ			14-Telefone () - - - - -			
16-Atendimento a RN N			18-Número no CRO 46146			
17-Nome do Profissional Solicitante THALYTA BRAGA DE MORAES			20-Código CBO S 801 -			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110211569117814			22-Número no CRO 46146			
23-Nome do Contratado Executante THALYTA BRAGA DE MORAES			24-UF RJ			
25-Nome do Profissional Executante THALYTA BRAGA DE MORAES			26-UF RJ			
27-Número no CRO 46146			28-UF RJ			
29-Código CBO S			30-Código CBO S			
31-Código do Procedimento			32-Quantidade US			
33-Dente/Região			34-Face			
35-Cid			36-Valor			
37-Data de Realização			38-Franquia/Co-participação R\$			
39-Aut			40-Motivo da Glosa 42-Assinatura			
30-Tabela			41-Data de Realização			
1-000811000065			CONSULTA ODONTOLÓGICA			
2-00084000198			PROFILAXIA: POLIMENTO			
3-00084000198			PROFILAXIA: POLIMENTO			
4-00084000198			PROFILAXIA: POLIMENTO			
5-00084000198			PROFILAXIA: POLIMENTO			
6-						
7-						
8-						
9-						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
43-Data Previsão Término do Tratamento			44-Tipo de Atendimento			
45-Data Previsão Término do Tratamento			46-Tipo de Atendimento			
47-Valor Total R\$			48-Total Quantidade US			
49-Total Franquia / Co-participação R\$			50-Total Franquia / Co-participação R\$			
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável			
53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista			54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável			
55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista			56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável			

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 pagar em 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