



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

366509
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/08 11/20	4-Data de Autorização 13/10/08 11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50187864	7-Data Validade da Senha 28/11/11/20														
Dados do Beneficiário																			
8-Número da Carteira 00370000031118421	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SGCR SERVICOS TECN	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708104537812132															
13-Nome JOSIENI MARIA CORTELETTI		14-Telefone 17/03/1970	15-Nome do titular do plano SERGIO GUSTAVO DO COUTO REIS																
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELIANE LOPES GUIMARAES	18-Número no CRO 16546	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 -														
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 84357452791	22-Nome do Contratado Executante ELIANE LOPES GUIMARAES	23-Número no CRO 16546	24-UF RJ	25-Código CNES	Faturar Empresa														
26-Nome do Profissional Executante ELIANE LOPES GUIMARAES		27-Número no CRO 16546	28-UF RJ	29-Código CBO S	Enviar - RX (I) 85300039-011 (I) 85300039-014 (I) 85300039-012 (I) 85300039-013														
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	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASD		1	4400	0,00			08/09/20									
2	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASE		1	4400	0,00			10/09/20									
3	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAIE		1	4400	0,00			12/09/20									
4	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAID		1	4400	0,00			24/09/20									
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
43-Data Previsão 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 176,00		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 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 03/09/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/09/20		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	