

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



1-Registro ANS 406414	2-Cidade de Emissão da Guia 13/03/24	3-Cidade de Autorização 14/03/24	4-Série 14/03/24	5-Autorizado AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12261994	7-Cota Valor da Guia 11/06/24	8-1813907 INTERCÂMBIO
-----------------------	--------------------------------------	----------------------------------	------------------	-------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	-----------------------

9-Número da Carteira 002025110128500011301	10-Sigla POS REDE PRESTADORA	11-Empresa INSTITUTO ATHOS	12-Cota Valor da Carteira	13-Número da Carteira Nacional de Saúde
14-Nome JHENY ALVES DA ROCHA	15-Data 07/07/1979	16-Endereço	17-Nome do titular do plano JHENY ALVES DA ROCHA	

18-Endereço e RN 17-Rua do Professor Substância N	19-Número do Profissional 12785	20-Cidade DF	21-Código CBO 8	22-Data 025 - Faturar Empresa
23-Nome do Profissional Amandaparecida Alves de Souza	24-Número no CBO 12785	25-Cidade DF	26-Código CBO 8	
27-Nome da Clínica CLINICA ODONTOLÓGICA ODONTO DENTE LTDA	28-Número no CBO 12785	29-Cidade DF	30-Código CBO 8	

31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Quantidade	35-Preço	36-Valor	37-Valor	38-Frequência/Condição de Uso	39-Valor	40-Cota de Realização	41-Notas de Cota	42-Assinatura
1	010	81000065									
2	010	85300047									
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Cota Prevista 3 meses de Tratamento	44-Valor de Atendimento 14/03/24	45-Valor de Faturamento 14/03/24	46-Valor da Guia 14/03/24	47-Valor Total R\$ 14/03/24	48-Valor da Guia 14/03/24
--	----------------------------------	----------------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 as custas previstas em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 esta documentação, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com as custas conforme previsto em contrato.

Assinatura do Paciente: _____

Assinatura do Profissional: _____

Assinatura do Profissional: _____

Assinatura do Profissional: _____

Assinatura do Profissional: _____