

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

423367
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Serina
1 7 / 0 2 / 2 1

6-Número da Guia Principal
8071301

5-Serina
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12 / 5 / 1 1 / 2 0

3-Data de Emissão da Guia
1 9 / 1 1 / 2 0

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 6 7 3 4 0 1

13-Nome
ANA CRISTINA MARTINS MARQUES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
PAULA CRISTINA MARQUES PONTES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
12 9 7 0 7 0 1 5 8 8

22-Nome do Contratado Executante
PAULA CRISTINA MARQUES PONTES

26-Nome do Profissional Executante
PAULA CRISTINA MARQUES PONTES

23-Número no CRO
74198

27-Número no CRO
74198

28-UF
SP

29-Código CBO S

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

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), 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.

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

68-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista