

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



354897354
INTERCAM

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/08 11/21/01	4-Data de Autorização 11/14/08 11/21/01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7778613	7-Data Validade da Sentença 09/11/11 11/21/01
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025235094000033011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSEM ASSOCIACAO SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	---	---------------------------------------

13-Nome GILBERTO FERREIRA ALVES DE ANDRADE	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano GILBERTO FERREIRA ALVES DE ANDRADE
---	------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENTCLINIC	18-Número no CRO 29605	19-UF RJ	20-Código CBO S 03	21-Código no CRO 29605	22-UF RJ	23-Número no CRO 29605	24-UF RJ	25-Código CNES 29605	26-UF RJ	27-Número no CRO 29605	28-UF RJ	29-Código CBO S 29605
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	---------------------------	-------------	---------------------------	-------------	-------------------------	-------------	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 127685610884	22-Nome do Contratado Executante CLARISSA DE SOUZA NETO
---	--

26-Nome do Profissional Executante CLARISSA DE SOUZA NETO
--

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
1-00082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	25	1	7300	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 7300	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-part 0,00
---	--	---	--------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/10/2019 Clarissa Neto	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/10/2019 Clarissa Neto	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/2019 Clarissa Neto	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/10/2019 Clarissa Neto
---	---	---	---

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2019 Clarissa Neto