

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



351636
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 01/05/2018		4-Data de Autorização 01/05/2018		5-Semeta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50181770		7-Data Validade da Semeta 01/03/2019		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004626177982	
8-Número da Carteira 01013701010101621453611		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIVERSO CANINO CO		11-Data Validade da Carteira 01/01/01/01		15-Nome do titular do plano ARTHUR CARDOSO IANELLI					
13-Nome ALICE BATISTA IANELLI		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA		18-Número no CRO 24440		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 01015916218187119		22-Nome do Contratado Executante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA		23-Número no CRO 24440		24-UF RJ		25-Código CNES (I) 85100200		26-Nome do Profissional Executante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 24440	
28-UF RJ		29-Código CBO S (I) 85100200		30-UF RJ		31-Código do Procedimento 1-0101851100210101		32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA		33-Dente/Região 17 OM		34-Face 1	
35-Qtd 1		36-Quantidade US 81810101		37-Valor 01,00		38-Franquia/Co-participação R\$ 01,08		39-Aut 01,08		40-Data de Realização 01/08/2018		41-Motivo da Glosa Assinatura	
42-Data Provisão Término do Tratamento 01/01/01/01		43-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		44-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial		45-Totál Quantidade US 298,00		46-Valor Total R\$ 0,00		47-Totál Franquia / Co-participação R\$ 0,00		48-Totál Franquia / Co-participação R\$ 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 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 Conselho-Dentista Solicitante
 25/10/2018 *Funhuh*

51-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista
 01/11/2018 *Funhuh*

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 01/10/2018 *Resina*

53-Data, local e Carteira da Empresa
 01/10/2018 *Resina*

OdontoProdutiva