

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Brasil - RJ - 14/3/2024 10:25:50

2-Nº

1-Registro ANS 406414	2-Dados do Beneficiário	3-Data de Emissão da Guia 01/09/2024	4-Data de Autorização 14/09/2024	5-Senya AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7837757	7-Data Validação da Senha 30/11/2024	8-Número da Carteira 0202522766300064601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACREDERJ ASSOC DOS COM	11-Data Validação da Carteira 11/11/2024	12-Número do Cartão Nacional de Saúde PRISCILA DA SILVA CARVALHO
13-Nome PRISCILA DA SILVA CARVALHO											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18151606721											
22-Número do Contratado Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA											
26-Número do Profissional Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00852001581		TRATAMENTO ENDODÔNTICO	36	1	1	533,00	0,00				
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Dia Provisão Término do Tratamento 01/10/2024	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ontodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 53,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	49-Observação Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas da 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.					
50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista José Eduardo R. Pereira Cirurgião-Dentista RJ-CD 24.111											
51-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Priscila da Silva Carvalho Cirurgião-Dentista RJ-CD 24.111											
52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável José Eduardo R. Pereira Cirurgião-Dentista RJ-CD 24.111											
53-Data, Local e Assinatura do Empresário José Eduardo R. Pereira Cirurgião-Dentista RJ-CD 24.111											