

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



315854
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/05/20	4-Data de Autorização 22/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50156891	7-Data Validação da Senha 20/08/20
---------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994061771365	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INOVAR 2 REPRESENT	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004815507416
13-Nome MATHEUS ALMEIDA DE ARAUJO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DEBORA CRISTINA GONCALVES DE A	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PRISCILA PAMELA BRAGA JAMBO	18-Número no CRO 39875	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05918695788	22-Nome do Contratado Executante PRISCILA PAMELA BRAGA JAMBO	23-Número no CRO 39875	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PRISCILA PAMELA BRAGA JAMBO		27-Número no CRO 39875	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
1-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	36		1	73,00	0,00		S	22/05/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

Drª Priscila Jambo
CPF: 059.186.957-88
CRO: 39875

Drª Priscila Jambo
CPF: 059.186.957-88
CRO: 39875

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

Rx anexado app

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/05/20 <i>Priscila</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/05/20 <i>Priscila</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/05/20 <i>Debora</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--