

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

366756
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/10/2018	4-Data de Autorização 31/10/2018	5-Semina CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50187959	7-Data Validade da Semina 12/09/2019
8-Número do Carteira 00377000029696456	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LAIZA DA SILVA MAS	11-Data Validade da Carteira 11/11/19	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706907198865131	
13-Nome LIZ DA SILVA MASCARENHAS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LAIZA DA SILVA MASCARENHAS			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	18-Número no CRO 31802	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 182436274720	22-Nome do Contratado Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	23-Número no CRO 31802	24-UF RJ	25-Código CMES Faturar Empresa	
26-Nome do Profissional Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	27-Número no CRO 31802	28-UF RJ	29-Código CBO S		
30-1-Atividade 31-Código do Procedimento 1-008100065	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente Região 1	34-Face 1	35-Quid 34	36-Quantidade US 10
37-Valor 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00	39-Ant 01/09/2019	40-Data de Realização 01/09/2019	41-Motivo da Class 42-Assinatura [Assinatura]	
1-1					
2-1					
3-1					
4-1					
5-1					
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
43-Data Previsto Término do Tratamento 01/10/2018	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantificado US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total 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 Profissional Solicitante
01/10/2018 [Assinatura]

51-Data, local e Assinatura do Contratado Executante
01/10/2018 [Assinatura]

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
01/10/2018 [Assinatura]

53-Data, local e Cópia da Empresa
01/10/2018 [Assinatura]