

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/08/2019

4-Data de Autorização
12/08/2019

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50195024

7-Data Validade da Senha
12/11/2020

384881
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
100379994064907411

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
SOS COMERCIO DE AL

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
702309598931720

13-Nome

ANA EVELICE GOMES MONTE

01/12/1999

14-Telefone
()

15-Nome do titular do plano

ANA EVELICE GOMES MONTE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
JULIANA COSTA DA SILVA

18-Número no CRO
41376

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

11451313385788

22-Nome do Contratado Executante

JULIANA COSTA DA SILVA

23-Número no CRO

41376

24-UF

RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

JULIANA COSTA DA SILVA

27-Número no CRO

41376

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00		12/09/2019	Ana
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00		12/09/2019	Ana
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00		12/09/2019	Ana
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00		12/09/2019	Ana
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00		12/09/2019	Ana
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento

11/11/11

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

174,00

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 Cirurgião-Dentista Solicitante

12/11/2019 Juliana C. da Silva

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/11/2019 Juliana C. da Silva

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/09/2019 Ana Carolina

53-Data, local e Carimbo da Empresa

12/11/2019 Ana Carolina
Cirurgião-Dentista
CRO: 41376