

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



1- ANS 414 3-Data de Emissão da Guia 11/05/19 4-Data de Autorização 11/05/19 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50191412 7-Data Validada da Sentia 11/05/19 375522 INTERCÂMBIO

10-Beneficiário

11-Data Validada da Carteira 11/05/19 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706405698588082

ANA PAULA RODRIGUES FAUSTO

13-Contratado Responsável pelo Tratamento

14-Teléfono 07/05/1974 15-Nome do titular do plano ANA PAULA RODRIGUES FAUSTO

16-Número no CRO 16512 17-Número no CRO 16512 18-UF RJ 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

ELIANE BISPO DE ALENCAR

11-Data de Realização 42-As

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Clid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-As

43-Data de Realização

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação

49-Tipo de Atendimento

50-Tipo de Faturamento

51-Tipo de Atendimento

52-Tipo de Faturamento

53-Tipo de Atendimento

54-Tipo de Faturamento

55-Tipo de Atendimento

56-Tipo de Faturamento

57-Tipo de Atendimento

58-Tipo de Faturamento

59-Tipo de Atendimento

60-Tipo de Faturamento

61-Tipo de Atendimento

62-Tipo de Faturamento

63-Tipo de Atendimento

64-Tipo de Faturamento

65-Tipo de Atendimento

66-Tipo de Faturamento

o, 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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos (Declaro, ainda que o(s) procedimento(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, o tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Profissional

Assinatura do Responsável

Assinatura da Empresa

Assinatura do Cirurgião-Dentista

Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

1-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

2-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

3-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

4-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

5-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

6-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

7-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista