

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

25

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 5 / 0 1 / 1 2 / 1	5-Sentia PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 454811	7-Data Validade da Sentia 1 5 / 0 4 / 1 2 / 1	454811 INTERCÂMBIO
---------------------------------	--	--	---	--	------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa KRONA TUBOS E CONEXÕES DO		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
6-Número da Carteira 1 0 2 0 2 5 2 4 7 4 6 0 0 0 1 5 6 0 2	8-Plano POS REDE PRESTADORA	13-Nome EDNAURA BEATRIZ OLIVEIRA MARTINS		14-Telefone () - - - -	15-Nome do titular do plano RIAN BRUNO ROSA SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JEFFERSON FERNANDO MARTINS	18-Número no CRO 3297	19-UF AL	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 9 2 3 4 0 2 6 1 8 7 2		22-Nome do Contratado Executante JEFFERSON FERNANDO MARTINS		23-Número no CRO 3297	24-UF AL	25-Código CINES	26-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante JEFFERSON FERNANDO MARTINS		27-Número no CRO 3297		28-UF AL	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
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	0 0 8 1 0 0 0 5 7	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	33	D	1	3 4 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	N	11/11/11	15.01.24					
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																

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 3 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	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(ram) 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.

48-Observação
curativos elevm. 37 (calvic) e pannedo medicacão.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/11/2024	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/11/2024	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/11/2024	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / / /
---	---	---	--