

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



371406
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/2019	4-Data de Autorização 11/09/2019	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7853607	7-Data Validade da Série 10/11/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 1010202507367000162402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS	11-Data Validade da Carteira 11/11/2019	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome KELLY DA SILVA GOMES SANTOS	14-Teléfono 24/10/1977	15-Nome do titular do plano HIDEMBERGUE JOSE DOS SANTOS
--	---------------------------	--

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CINTIA CAETANO CAVALCANTI	18-Número no CRO 18203	19-UF RJ	20-Código CBO S
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10211253547113	22-Nome do Contratado Excutante CINTIA CAETANO CAVALCANTI	23-Número no CRO 18203	24-UF RJ	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Excutante CINTIA CAETANO CAVALCANTI	27-Número no CRO 18203	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabella 31-Código do Procedimento	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 Causa	42-Assinatura
---	--------------	-----------------	---------	---------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	--------------------	---------------

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	------------------------	------------------------	------------------------	--------------------	---

49-Observação

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme realizado(s), folio(s) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória, autorizo a execução e a emissão de documentação odontológica, comprometendo-me a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), folio(s) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória, autorizo a execução e a emissão de documentação odontológica, comprometendo-me a arcar com os custos previstos em contrato.

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