



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

Transmitido para o vócher

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/08	4-Data de Autorização 11/07/08	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7793282	7-Data Validade da Sineta 11/07/08	358188 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número de Carteira 00020230571800000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA		11-Data Validade da Carteira 11/07/08		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JULYANA BRITO DE OLIVEIRA						
14-Telefone () - - - - -						
15-Nome do titular do plano SUELY LEITE DE BRITO						
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 025 - Faturar Empresa						
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 114533385781						
22-Nome do Contratado Executante JULIANA COSTA DA SILVA						
23-Número no CRO 41376						
24-UF RJ						
25-Código CINES						
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-Tabella 1-00181000065	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Ord 1	34-Fase	35-Quantidade US 34,00	36-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00	37-Valor 0,00
38-Aut 13/08/20						
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura						
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/07/08						
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 34,00						
47-Valor Total R\$ 0,00						
48-Total Franchisa / 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), 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
11/07/08 Juliana C. de Silva

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/07/08 Juliana C. de Silva

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/08/20 Suelly

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Juliana Costa
Cirurgiã-Dentista
CRB: 41376