



Marquidada para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



310924
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Bateria
01/04/2018 12:00

6-Número da Guia Principal
310924

5-Bateria
ABERTO

4-Data de Autorização
01/05/2018 12:00

3-Data de Emissão da Guia
01/05/2018 12:00

1-Registro ANS
408414

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

11-Data Validade da Carteira

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
010120215110550160018453011

15-Nome do titular do plano
MARCELO RODRIGO DE OLIVEIRA

14-Teléfono

13-Nome
MARCELO RODRIGO DE OLIVEIRA

19/03/1983

20-Código CBO S
025 -

19-UF
SP

18-Número no CRO
43558

16-Atendimento a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
VIVIAN CARLA DE FELICIO

24-UF
SP

23-Número no CRO
43558

22-Nome do Contratado Executante
VIVIAN CARLA DE FELICIO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
01781020193899

29-Código CBO S

28-UF
SP

27-Número no CRO
43558

26-Nome do Profissional Executante
VIVIAN CARLA DE FELICIO

38-Franquia/Co-participação R\$

37-Veloz

36-Quantidade US

34-Fee

33-Dente/Região

30-Tabula
31-Código do Procedimento
32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia

42-Assinatura

43-Data Previsto Término do Tratamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Total Franquia / Co-participação R\$

50-Data local e Assinatura 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.

51-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável