

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

264803
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
12/10/2013 12/10/13

6-Número da Guia Principal
264803

5-Senha
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

4-Data de Autorização
12/10/12 11/19

3-Data de Emissão da Guia
12/10/12 11/19

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000120251247460001260012

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
KRONA TUBOS E CONEXÕES DO

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ELAINE MARIA DA SILVA

01/09/1986

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do Titular do plano
JOSE ADALBERTO OMENA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV
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
9123402618172

22-Nome do Contratado Executante
JEFFERSON FERNANDO MARTINS

23-Número no CRO
3297

24-UF
AL

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
JEFFERSON FERNANDO MARTINS

Dr Jefferson

27-Número no CRO
3297

28-UF
AL

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Regular	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
1-00181000057		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	26		1	34,00	0,00	0,00	N	26/11/2019	Dr Elaine
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Tratamento
1-Total 2-Parcial

46-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

47-Valor Total R\$

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(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

Fato sem curativo com DTE

Dr Jefferson F. Martins

CRO-AL 3297

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 Carimbo da Empresa