



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

416772 INTERCÂMBIO									
7-Data Validade da Semha 09/01/2021									
6-Número da Guia Principal 50205359									
5-Semha AUTORIZADO									
4-Data de Autorização 11/11/2021									
3-Data de Emissão do Guia 11/11/2021									
2-Registro ANS 406414									
1-Registro ANS 406414									
Dados do Beneficiário									
8-Número da Carteira 00379940643037153									
9-Plano POS REDE PRESTADORA									
10-Empresa GRANIHIC SERVICES S									
11-Data Validade da Carteira 11/11/11									
12-Número do Contrato Nacional de Saúde 707103392497720									
13-Nome VIVIANE ARAO DOS SANTOS									
14-Telefone (11) 11111111									
15-Nome do titular do plano RUBENS PEREIRA SILVA									
16-Atendimento a RN N									
17-Nome do Profissional Solicitante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS									
18-Número no CRO 19222									
19-UF BA									
20-Código CBO S									
21-Código CMES 19222									
22-Nome do Contratado Executante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS									
23-Número no CRO 19222									
24-UF BA									
25-Código CBO S									
26-Nome do Profissional Executante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS									
27-Número no CRO 19222									
28-UF BA									
29-Código CBO S									
30-Tabella 31-Código do Procedimento									
32-Descrição RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
33-Dente/Região HASD									
34-Face 1									
35-Old 1									
36-Quantidade US 36,00									
37-Valor 0,00									
38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00									
39-Aut S									
40-Data de Realização 11/11/2021									
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura Assinatura									
43-Dga Previsão Término do Tratamento 11/11/2021									
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência									
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial									
46-Total Quantidade US 144,00									
47-Valor Total R\$ 0,00									
48-Total Franquia / 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), 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/11/12 <i>gracia</i> Dra Aline Monteiro Cirurgiã - Dentista CRO BA: 19222	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/11/12 <i>gracia</i> Dra Aline Monteiro Cirurgiã - Dentista CRO BA: 19222	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/11/12 <i>Juliano</i> Cirurgiã - Dentista CRO BA: 19222	53-Data, local e Carimbo da Empresa ___/___/___ <i>des semto</i>
---	---	--	--