

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1060399

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/01/2017		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10129820		7-Data Validade da Senha 11/01/2017		2-Nº	
8-Número da Carteira 10102021545777200017501175011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNION ADMINISTRADORA DE		11-Data Validade da Carteira 11/01/2017		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome YHASMIN VITORIA DE OLIVEIRA CAMPOS	
14-Identificação a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO		18-Número no CRO 41529		19-UF RJ		20-Código CBO S		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11088244000001713	
22-Nome do Contratado Executante FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO		23-Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLÓGICA ESPACO FAMILIA LTDA		24-UF RJ		25-Código CNES 6389430		26-Código CBO S		27-Número no CRO 41529	
30-Tabella		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-000085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASD		11		36		000	
2-000085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		11		36		000	
3-000085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		11		36		000	
4-000085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		11		36		000	
5-000085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
6-000085300047											
7-000085300047											
8-000085300047											
9-000085300047											
10-000085300047											
11-000085300047											
12-000085300047											
13-000085300047											
14-000085300047											
15-000085300047											
43-Data Previsão 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\$	
11/01/2017		1-Tratamento Odontológico		1-Total 2-Parcial		14400		0,00		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 pagar em minha conta, ao profissional contratado, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/2017		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2017		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2017		53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/01/2017	
---	--	---	--	---	--	--	--

YHASMIN VITORIA DE OLIVEIRA CAMPOS
FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO
CLINICA ODONTOLÓGICA ESPACO FAMILIA LTDA
CNPJ 17.131.000/0001-73 / EPPAD-3041
FABIANE MELO CRO RJ 41529
Tel: (21) 2415-3887