

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



320810
INTERCÂMBIO

ife

WCC&SOMIT

3-Data de Emissão da Guia

04/06/20

4-Data de Autorização

06/06/20

5-Senha

AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal

7615192

7-Data Validade da Senha

02/09/20

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira

00/00/00

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

3-Nome
ELISETE LOPES DA SILVA SANTOS

20/08/1979

14-Telefone

(00) 00000000

15-Nome do titular do plano

ELISETE LOPES DA SILVA SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

N

17-Nome do Profissional Solicitante

DANIELLE DE ALMEIDA SILVA

18-Número no CRO

117199

19-UF

SP

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

Drª Danielle de Almeida Silva
Cirurgiã Dentista
CROSP: 117.199

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

36970885801

22-Nome do Contratado Executante

DANIELLE DE ALMEIDA SILVA

23-Número no CRO

117199

24-UF

SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

DANIELLE DE ALMEIDA SILVA

27-Número no CRO

117199

28-UF

SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	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-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	16		1	73,00	0,00		S	08/06/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento

00/00/00

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

73,00

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/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

08/06/20 x [Assinatura]

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

08/06/20 x [Assinatura]

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

08/06/20 x [Assinatura]

53-Data, local e Carimbo da Empresa

08/06/20

Drª Danielle de Almeida Silva

Cirurgiã Dentista
CROSP: 117.199