

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



GTOI 2901101

Nº do Protocolo: 41895120190621416241

1 - Registro ANS 41895-1	3 - Número da Guia Principal 559991001844533	4 - Data Autorização 21/06/2019	5 - Senha 4011342	6 - Data Validade Senha 19/10/2019	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2901101
-----------------------------	---	------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 559991001844533	9 - Plano ESMERALDA	10 - Empresa VIA VAREJO S.A.	11 - Validade da Carteira 14/03/2012	12 - Cartão Nacional de Saúde
---	------------------------	---------------------------------	---	-------------------------------

13 - Nome
ANDRE LUIZ DA SILVA

14 - Telefone

15 - Nome do titular do plano
Rubia Alves Silva

16 - Atendimento a RN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17 - Nome do Profissional Solicitante	18 - Número no CRO	19 - UF	20 - Código CBO
21 - Código da Operadora 40887	23 - Número no CRO 18211	24 - UF MG	25 - Código CNES
26 - Nome do Profissional Executante ALICE DA LACERDA MARQUES	27 - Número no CRO 18211	28 - UF MG	29 - Código CBO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos executados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtdde.	36-Qtdde. US	37-Valor R\$	38-Franquia R\$	39-Aut.	40-Cod. Negativa	41-Data da Realização	42-Assinatura
1	5	81000065 CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL			1	67	12,06		S			

43 - Data de Término do Tratamento	44 - Tipo de Atendimento	45 - Tipo de Faturamento	46 - Total Quantidade US	47 - Valor Total (R\$)	48 - Valor Total Franquia (R\$)
	1		67	12,06	

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 / Justificativa

50-Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	52-Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista	53-Assinatura do Cirurgião-Dentista
54-Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável	55-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	56-Data do carimbo da empresa	