

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



363224
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2018	4-Data de Autorização 12/05/2018	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50186418	7-Data Validade da Sineta 12/03/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	--	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa SOS COMERCIO DE AL	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702309598931720
-----------------------	--	----------------------------------	--	--

13-Nome ANA EVELICE GOMES MONTE	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANA EVELICE GOMES MONTE
------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA COSTA DA SILVA	18-Número no CRO 41376	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
---	--	--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11453318578	22-Nome do Contratado Executante JULIANA COSTA DA SILVA	23-Número no CRO 41376	24-UF RJ	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante JULIANA COSTA DA SILVA	27-Número no CRO 41376	28-UF RJ	29-Código CBO S	30-Faturar Empresa
--	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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
---	--	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	----------------------------------

1-0018100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	34,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 34,00	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 25/10/2018 Juliana C. do Silva	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/2018 Juliana C. do Silva	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/2018 Ana Gulbici	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/10/2018 Dna. Juliana Costa Cirurgião-Dentista CRO: 41376
---	---	---	---