

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/11/2019 4-Data de Autorização 10/11/2019 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50188443 7-Data Validade da Sentia 30/11/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010379940653153015 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa GABRIELA DUARTE RO 11-Data Validade da Carteira 12-Número da Cartão Nacional de Saúde 708602059332186

13-Nome GABRIELA DUARTE RODRIGUES DORO 24/05/1985 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano GABRIELA DUARTE RODRIGUES DORO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO CARVALHO DA SILVA 18-Número no CRO 27455 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 071150243703 22-Nome do Contratado Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA 23-Número no CRO 27455 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA 27-Número no CRO 27455 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	8510196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	61,00	0,00			01/09/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto 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\$							
	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncoodonta 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	61,00	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 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 01/11/2019 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/2019 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/2019 53-Data, local e Carimbo da Empresa