

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



325874
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 7 / 1 0 / 6 1 2 0	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50166791	7-Data Validade da Sineta 1 5 / 1 0 / 9 1 2 0
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 4 5 7 4 9 6	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EMPRESA BRASILEIRA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004633887264
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
13-Nome MATHEUS SILVA DOS REIS	17/03/2003	14-Telefone () /	15-Nome do titular do plano PRISCILA SILVA DOS REIS	

Dados do Profissional Solicitante				
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 1 0 7 1 5 0 2 4 3 7 0 3	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA	23-Número no CRO 27455	24-UF RJ	25-Código ONES
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					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-Asignatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição											
1	0 1 8 1 0 0 0 0 1 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA					1		3 4 1 0 1 0			15/06/20	Priscila
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 3 4 1 0 1 0	47-Valor Total R\$ 0 1 0 1 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 1 0 1 0
---	--	---	---------------------------------------	---------------------------------	--

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), 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/06/20	52-Data, local e Assinatura do Emplacado / Responsável 15/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--