

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



320839
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/06/20	4-Data de Autorização 10/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7615392	7-Data Validade da Senha 02/09/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510272200074602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PATRICIA DE SOUZA GUSMAO		14-Telefone 27/04/1989	15-Nome do titular do plano EDSON RODRIGUES LIMA JUNIOR		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE MAQUINE PASCARELI	18-Número no CRO 4530	19-UF AM	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00356324290	22-Nome do Contratado Excutante ALINE MAQUINE PASCARELI	23-Número no CRO 4530	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Excutante ALINE MAQUINE PASCARELI		27-Número no CRO 4530	28-UF AM	29-Código CBO S	

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 Guia
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			22/06/20	Patricia
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 23/06/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	45-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação F
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

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 do 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, 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 23/06/20 Dra. Aline Pascarelli Esp. em Odontopediatria CRO-AM 4530	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/06/20 Dra. Aline Pascarelli Esp. em Odontopediatria CRO-AM 4530	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/06/20 Patricia de Souza Gusmao	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	--	-------------------------------------