

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1810748
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
1 0 / 0 6 / 1 2 / 4

6-Número da Guia Principal
1254945

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 3 / 0 3 / 1 2 / 4

3-Data de Emissão da Guia
1 2 / 0 3 / 1 2 / 4

1-Registro ANS
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira
/ / / / /

10-Empresa
LUIZ CARLOS DE SENA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 7 8 8 0 9 3 0 0 0 0 1 0 2

15-Nome do titular do plano
LUIZ CARLOS DE SENA

14-Telefone
() / / / / /

13-Nome
LOURDECI HILDA DE AGAPITO SENA

30/12/1964

18-Número no CRO
17731

25-Código CNES
9999999

24-UF
SC

19-UF
SC

23-Número no CRO
17731

22-Nome do Contratado Executante
DENTISTA DA FAMILIA CLINICA ODONTOLÓGICA

28-UF
SC

27-Número no CRO
17731

26-Nome do Profissional Executante
TATIANA PROFIRO DA SILVA

35-Quantidade US

34-Face
1

38-Franquia/Co-participação R\$

37-Valor

36-Quantidade US

35-Qtd

34-Face

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

39-Aut

40-Data de Realização

38-Franquia/Co-participação R\$

37-Valor

44-Tipo de Atendimento

43-Data Previsto Término do Tratamento

42-Tipo de Atendimento

41-Tipo de Atendimento

40-Data de Realização

47-Valor Total R\$

46-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Atendimento

44-Tipo de Atendimento

43-Data Previsto Término do Tratamento

48-Total Franquia / Co-participação R\$

47-Valor Total R\$

46-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Atendimento

44-Tipo de Atendimento

53-Data, local e Caimbio da Empresa

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

49-Observação

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

68-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

68-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

68-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

72-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

68-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

73-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

74-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

72-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

75-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

73-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

72-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

Dra. Tatiana Profiro da Silva

Cirurgiã Dentista

CRO SC 17731

53-Data, local e Caimbio da Empresa

11/11/2019

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/11/2019

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/11/2019

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

11/11/2019

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