

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



353703
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/08/20	4-Data de Autorização 29/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7772734	7-Data Validade da Senha 07/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202521185500092603		9-Plano POS REDE PRESTADORA			
13-Nome SOPHIA BEATRIZ GOMES GONCALVES		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano LEANDRO MARCIO GONCALVES DOS ANJOS	
		22/03/2016			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 44158		19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158		
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158		24-UF MG	25-Código CNES	
				28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor									
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00							S 29/09/20		Meany
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 34,00	47-Valor Total R\$ 35.782,845/0001-69	48-Total Franquia/Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	--	---------------------------------------

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 obrigações de pagamento 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 29/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 29/09/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 29/09/20
---------------	---	---	---	--

35.782,845/0001-69
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-047
SETELACOAS - MG