

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-HP

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/04/21	4-Data de Autorização 27/04/21	5-Senha Peruê. de Liberdade	6-Número da Guia Principal 535621	7-Data Validade da Guia 26/04/21
8-Número da Carteira 00202537031400000105	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa Dental km Loup.	11-Data Validade da Carteira 27/04/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome Jhon Lennon Silva Reges		14-Telefone (02) 9188-0844	15-Nome do titular do plano Jhon Lennon Silva Reges		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JONES CARIM TUMA FILHO	18-Número no CRO 2748	19-UF AM	20-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 152096092272	22-Nome do Contratado Executante JONES CARIM TUMA FILHO	23-Número no CRO 2748	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JONES CARIM TUMA FILHO		27-Número no CRO 2748	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 Glosa	42-Assinatura
1-00	84000057	cons. odontológica			1	34	0,00		N	26/04/2021		JHON
2-00	85200034	trat. pulpctomia	15		1	8	0,00		N	26/04/2021		JHON
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 27/04/21	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 79,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 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 27/04/21 Márcio Brandão Cirurgião - Dentista CRO - AM 5874	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/04/21 Márcio Brandão CRO - AM 5874	52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável 26/04/21 Jhon Lennon SILVA REGES	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/04/21
--	--	---	---