

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 04/10/2021		4-Data de Autorização 04/10/2021		5-Santa PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número de Guia Principal 470007		7-Data Validade da Santa 05/10/2021		470007 INTERCÂMBIO	
10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA													
11-Data Validade da Carteira 04/10/2021													
12-Número do Cartão Nacional da Saúde													
13-Nome DANIELLE MARCIANO CASTRO LIMA													
14-Telefone () - - - - -													
15-Nome do titular do plano DANIELLE MARCIANO CASTRO LIMA													
16-Adiantamento a RN N													
17-Nome do Profissional Solicitante MICHELE DOS SANTOS AZEVEDO													
18-Número no CRO 71198													
19-UF SP													
20-Código CBO S 025 -													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26991679836													
22-Nome do Contratado Executante MICHELE DOS SANTOS AZEVEDO													
23-Número no CRO 71198													
24-UF SP													
25-Código CNES													
26-Nome do Profissional Executante MICHELE DOS SANTOS AZEVEDO													
27-Número no CRO 71198													
28-UF SP													
29-Código CBO S													
30-Tabela													
31-Código do Procedimento													
32-Descrição													
33-Dente/Região													
34-Faca													
35-Qnt													
36-Quantidade US													
37-Valor													
38-Franquia/Co-participação R\$													
39-Aut													
40-Data de Realização													
41-Motivo da Classe 42-Assinatura													
43-Data Prevista Término do Tratamento													
44-Tipo de Atendimento													
45-Tipo de Faturamento													
46-Tipo de Faturamento													
47-Valor Total R\$													
48-Total Franquia / Co-participação R\$													
49-Observação													
50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante													
51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista													
52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável													
53-Data local e Assinatura de Empresa													

Fratura da parede lingual / Operativo

Dra. Michele dos Santos

Cirurgia Dentista

CRO 71198

ODONTO NORTE 24 HORAS LTDA

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(ram) 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.