GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 536887 INTERCÂMBIO

ro ANS 414	3-Data de Emissão da Guia 28/04/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 536887	7-Data Validade da Senha 27/07/21

o Beneficiário

ro da Carteira 02025375683000001010	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
e SON ALMEIDA ARAUJO		14-Telefone ( ) -	15-Nome do titular do plano ROBSON ALMEIDA ARAUJO	

o Contratado Responsável pelo Tratamento

dimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante ERNESTO GOMES ESTEVES JUNIOR	18-Número no CRO 26092	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
go na Operadora / CNPJ / CPF 36410598444	22-Nome do Contratado Executante ERNESTO GOMES ESTEVES JUNIOR	23-Número no CRO 26092	24-UF SP	25-Código CNES
e do Profissional Executante ESTO GOMES ESTEVES JUNIOR		27-Número no CRO 26092	28-UF SP	29-Código CBO S

Tratamento / Procedimentos Solicitados

da	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
	08100049	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	N	28/04/21		
	08540467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO	11		1	8,00	0,00	0,00	N	28/04/21		

Previsão Término de Tratamento 28/04/21	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 42,00	47-Valor Total R$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R$

, 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 o. 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 tes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

ivação

Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /