

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



335624
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/17 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50174999	7-Data Validade da Senha 05/11/10 12:01
--------------------------	---	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 003700000031080785	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709205209013835
--	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome GIZELDA GOMES SANTANA	14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano GIZELDA GOMES SANTANA	16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	18-Número no CRO 37184	19-UF RJ	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 161726247753	22-Nome do Contratado Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	23-Número no CRO 37184	24-UF RJ	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	27-Número no CRO 37184	28-UF RJ	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
---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	----------------------------------

1-00187000016	ATIVIDADE EDUCATIVA EM			1	15900	0,00			08/07/20	
2-										
3-										
4-										
5-										
6-										
7-										
8-										
9-										
10-										
11-										
12-										
13-										
14-										
15-										

43-Data Recebido / Encerramento do Tratamento 08/07/20	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 15900	47-Valor Total R\$	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 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 de Cirurgião-Dentista Solicitante 08/07/20	51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Contratado 08/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/07/20
---	--	---