

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

467971
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão de Guia 10/12/2019		4-Data de Autorização 10/12/2019		5-Senha AUTORIZADO		6-Número de Guia Principal 8259953		7-Data Validade da Senha 10/12/2019		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 000202526992700004602 13-Nome ZIDAN MUNIF SILVA MAHMOUD 14-Telefone () - - - - - 15-Endereço do titular do plano ADRIANA DA SILVA 16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04188248947 26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
18-Número no CRO 8307		19-UF SC		20-Código CBO S 09		23-Número no CRO 8307		24-UF SC		25-Código CNES		26-Código CBO S	
27-Número no CRO 8307		28-UF SC		29-Código CBO S		30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região	
34-Face		35-Cid		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização	
41-Motivo de Glosa		42-Assinatura		43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		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 Carimbo de Empresa		54-Total Franquia / Co-participação R\$	

Dedarei, 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), 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/12/2019
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/12/2019
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/12/2019
53-Data, local e Carimbo de Empresa
10/12/2019
54-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00
55-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
56-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
57-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
58-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
59-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
60-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
61-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
62-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
63-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
64-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
65-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
66-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
67-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
68-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
69-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
70-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
71-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
72-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
73-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
74-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
75-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
76-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
77-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
78-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
79-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
80-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
81-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
82-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
83-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
84-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
85-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
86-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
87-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
88-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
89-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
90-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
91-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
92-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
93-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
94-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
95-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
96-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
97-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
98-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
99-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019
100-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/2019

CNPJ 07.582.616/0001-76
Dr. Mariana C. Medeiros
Responsável Técnico - CRC 6507