



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Marquinhos para não sair

1-Registro ANS 402414		3-Data de Emissão da Guia 0 0 4 1 / 0 3 / 2 0 1		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50155944		7-Data Validade da Senha 0 2 / 1 0 6 / 2 0 1		295934 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 0 3 1 9 8 7 1 0 1										12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708703186521398	
13-Nome ACIR CARLOS DA SILVA JUNIOR										15-Nome do titular do plano ACIR CARLOS DA SILVA JUNIOR	
16-Nome do Profissional Solicitante JULIANA MACIEL SIERRA										18-Número no CRO 32925	
17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA MACIEL SIERRA										20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 0 6 2 0 0 3 1 5 7 8 1										22-Nome do Contratado Executante JULIANA MACIEL SIERRA	
23-Nome do Profissional Executante JULIANA MACIEL SIERRA										25-Código CNES 32925	
26-Nome do Profissional Executante JULIANA MACIEL SIERRA										27-Número no CRO 32925	
30-Tabella 31-Código do Procedimento										33-Valor	
32-Descrição										36-Quantidade US	
33-Dente/Região										34-Faixa	
35-Cid										36-Quantidade US	
37-Valor										38-Franquia/Co-participação R\$	
39-Aut										40-Data de Realização	
41-Motivo da Glosa										42-Assinatura	
43-Data Previsão Término do Tratamento										44-Tipo de Atendimento	
45-Tipo de Atendimento										46-Tipo de Faturamento	
47-Valor Total R\$										48-Total Franquia / Co-participação R\$	

Declaro, que este tratado odontológico foi realizado sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, sob o aval e autorização da administração da empresa, e por mim assinado(s), conforme solicitado(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		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Carimbo da Empresa	