

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



973725
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 15/12/21	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9879806	7-Data Validade da Semeta 10/11/08/12/21
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 1002102154305215000013031	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONSELHO REGIONAL DOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome MARIO ANTONIO ROSA FILHO				
14-Telefone (11) 11111111				
15-Nome do titular do plano BRUNO DE LUCENA ROSA				
16-Atendimento a RN N				
17-Nome do Profissional Solicitante FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111538165076211				
22-Nome do Contratado Executante FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO				
26-Nome do Profissional Executante FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO				

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Assinatura
30-Tabola	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	
1-001810000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	09/05/22
2-1								
3-1								
4-1								
5-1								
6-1								
7-1								
8-1								
9-1								
10-1								
11-1								
12-1								
13-1								
14-1								
15-1								
43-Delta Previsão 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\$			
11/11/11	1	1-Total 2-Parcial	34,00	0,00	0,00			

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/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 e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante	51-Data e Assinatura do Cirurgião Dentista	52-Data e Assinatura de Responsável	53-Data e Assinatura da Empresa
	10/11/22	10/11/22	10/11/22	10/11/22