

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

306733
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 6 / 0 4 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50161315	7-Data Validade da Senha 1 5 / 0 7 / 2 0
--------------------------	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 3 7 4 9 7 5 8	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 210798540630005
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome
ALESSANDRA SILVA BEZERRA

14-Telefone
(11) 9195-8193

15-Nome do titular do plano
ALESSANDRA SILVA BEZERRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELIANE BISPO DE ALENCAR	18-Número no CRO 16512	19-UF RJ	20-Código CEO S 801 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 9 2 6 2 0 8 3 3 7 8 7	22-Nome do Contratado Executante ELIANE BISPO DE ALENCAR	23-Número no CRO 16512	24-UF RJ	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante
ELIANE BISPO DE ALENCAR

27-Número no CRO
16512

28-UF
RJ

29-Código CEO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Tabela	34-Faco	35-Ciód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clusa 42-Assinatura
1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 3 0		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0				16/04/20	
2-0 0 1 8 2 0 0 0 8 7 5		EXODONTIA SIMPLES DE	46		1	7 3 0 0				20/04/20	
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-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-1 1-1 1-1 1-1	45-Tipo de Faturamento 1-1 1-1 1-1 1-1	46-Total Quantidade US 1 1 0 7 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0
---	---	---	---------------------------------------	-------------------------------	--

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, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
20/11/2019

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
20/11/2019

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/11/2019

53-Data, local e Carimbo da Empresa