

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



331276
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/09/2016		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50173213		7-Data Validade da Senha 12/10/19		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0037994062382885				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa AMANDA PEREIRA PICOLI			
13-Nome VICTOR HUGO PICOLI PENNINO				31/10/2006				14-Teléfono () - - - - -			
15-Nome do titular do plano AMANDA PEREIRA PICOLI				16-Data Validade da Carteira / /				17-Número do Cartão Nacional de Saúde			
18-Número no CRO 8132				19-UF RJ				20-Código CBO S 801 -			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14157603181768				22-Nome do Contratado Executante MARILENE MOREIRA CUNHA				23-Número no CRO 8132			
24-Nome do Profissional Solicitante MARILENE MOREIRA CUNHA				25-Código CNES RJ				26-Nome do Profissional Executante MARILENE MOREIRA CUNHA			
27-Número no CRO 8132				28-UF RJ				29-Código CBO S			
30-Tabela				31-Código do Procedimento				32-Descrição			
1-0018100030				1				33-Dente/Região			
2-0018400090				1				34-Face			
3-								35-Qtd			
4-								36-Franquia/Co-participação R\$			
5-								37-Valor			
6-								38-Aut			
7-								39-Aut			
8-								40-Data de Realização			
9-								41-Motivo da Glosa			
10-								42-Assinatura			
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsto Término do Tratamento				44-Tipo de Atendimento				45-Tipo de Faturamento			
/ /				1-Total 2-Parcial				46-Total Quantidade US			
								47-Valor Total R\$			
								48-Total Franquia / Co-participação R\$			

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/09/2017 12:09 J. Moreira Cunha		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/2017 12:09 J. Moreira Cunha		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/2017 12:09 J. Moreira Cunha	
CRO/RJ 8132		ORTODONTIA E ODONTOPEDIATRIA		CRO/RJ 8132	