

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



24P

1-Registro AUS 406414		3-Data de Emissão da Guia 08/10/19 12:01		4-Data de Autorização 11/10/19 12:01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7853894		7-Data Validade da Senha 07/11/2012		371482 INTERCÂMBIO	
8-Almôndo da Carteira 000020252411670000030001		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ASSOC FUNC PUBLATIVOS		11-Data Validade da Carteira 11/10/19		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome SILVANA RODRIGUES		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano SILVANA RODRIGUES		16-Data Validade da Carteira 11/10/19		17-Número do Cartão Nacional de Saúde					
18-Adiantamento a RN N		19-Nome do Profissional Solicitante LOHAYNE ALMEIDA BELBUCHE CASULE		20-Nome do Profissional Solicitante LOHAYNE ALMEIDA BELBUCHE CASULE		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13619303738		22-Nome do Profissional Solicitante LOHAYNE ALMEIDA BELBUCHE CASULE		23-Número no CRO 42011		24-UF RJ	
25-Nome do Profissional Solicitante LOHAYNE ALMEIDA BELBUCHE CASULE		26-Nome do Profissional Solicitante LOHAYNE ALMEIDA BELBUCHE CASULE		27-Número no CRO 42011		28-UF RJ		29-Código CBO S		30-Código CBO S		31-Código CBO S	
32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA		33-Data Registo 11/10/19		34-Face 35-Quantidade US 36-Valor Total R\$ 37-Valor Total R\$		38-Franchisa/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guia Odontológica		42-Valor Total R\$ 43-Valor Total R\$		44-Valor Total R\$ 45-Valor Total R\$		46-Valor Total R\$ 47-Valor Total R\$	
48-Data Prevista Término do Tratamento 11/10/19 12:01		49-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial		50-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial		51-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial		52-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial		53-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial		54-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial	
55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/19 12:01		56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/19 12:01		57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/19 12:01		58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/19 12:01		59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/19 12:01		60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/19 12:01		61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/19 12:01	

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.

48-Observação

LOHAYNE ALMEIDA BELBUCHE
Cirurgião - Dentista
CRO - RJ 42011

LOHAYNE ALMEIDA BELBUCHE
Cirurgião - Dentista
CRO - RJ 42011

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante