



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

310471
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/20	4-Data de Autorização 05/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50156719	7-Data Validade da Senha 03/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000029589633	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EMERSON EDUARDO AR	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701404630626831
13-Nome OSWALDO EUGENIO DE ARAUJO		14-Telefone 13/09/1968	15-Nome do titular do plano EMERSON EDUARDO ARAUJO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PRISCILA PAMELA BRAGA JAMBO	18-Número no CRO 39875	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05918695788	22-Nome do Contratado Executante PRISCILA PAMELA BRAGA JAMBO	23-Número no CRO 39875	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante PRISCILA PAMELA BRAGA JAMBO		27-Número no CRO 39875	28-UF RJ	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	05/05/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

Drª Priscila Jambo
CPF: 059.136.957-88
CRO: 39875

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	--

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 Solidário 05/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--