



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



399655
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
1 8 / 0 1 / 2 1

6-Número da Guia Principal
7973521

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 3 / 1 1 / 2 0

3-Data de Emissão da Guia
2 0 / 1 0 / 2 0

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 3 1 0 2 1 7 0 0 0 0 1 0 1 1
11-Data Validade da Carteira
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ROSELI CORREIA DE LIMA DA SILVA
14-Telefone
ROSELI CORREIA DE LIMA DA SILVA
15-Nome do titular do plano
ROSELI CORREIA DE LIMA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ
18-Número no CRO
118811
19-UF
SP
20-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(F) 85200166-34

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
4 3 8 1 8 2 2 3 2 8 0 3
22-Nome do Contratado Executante
JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ
23-Número no CRO
118811
24-UF
SP
25-Código ONES
26-Nome do Profissional Executante
JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ
27-Número no CRO
118811
28-UF
SP
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	0 0 8 5 2 0 0 1 6 6	TRATAMENTO ENDODONTICO	34	1	1	2 5 8 0 0	0 0 0	0 0 0	S	13 / 11 / 20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento
44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento
1-1-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, 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(ram) 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
13 / 11 / 20
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13 / 11 / 20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13 / 11 / 20
53-Data, local e Carimbo da Empresa
13 / 11 / 20