

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

471867
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
09/05/21

6-Número da Guia Principal
8277286

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
09/02/21

3-Data de Emissão da Guia
08/02/21

2-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00202535256200000101

11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome
CLAUDILENE ROCHA SANTOS

14-Telefone
(21) 992415-9737

15-Nome do titular do plano
CLAUDILENE ROCHA SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
DENTCLINIC

18-Número no CRO
29605

19-UF
RJ

20-Código CBO S
03

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1276156101884

22-Nome do Contratado Executante
CLARISSA DE SOUZA NETO

23-Número no CRO
29605

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
CLARISSA DE SOUZA NETO

27-Número no CRO
29605

28-UF
RJ

29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rigido	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
1-00081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1			3400				09/02/21	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento
44-Tipo de Atendimento
45-Tipo de Faturamento
46-Tipo de Atendimento
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 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
09/02/21 Clarissa Souza Neto

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
09/02/21 Clarissa Souza Neto

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
09/02/21 Triode famiao

Dra. Triode famiao
Cirurgião-Dentista
CRO 29605