

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2019	4-Data de Autorização 14/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50191220	7-Data Validade da Senha 13/11/2020	374988 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 000370000000141402601 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700408927662041						
10-Empresa ASMETROS 11-Data Validade da Carteira 14-Telefone () - 15-Nome do titular do plano RAFAEL MELLO TROMMER						
13-Nome RAFAEL MELLO TROMMER 10/03/1979						

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALARICO GANDOUR FILHO	18-Número no CRO 19601	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10116439282	22-Nome do Contratado Executante ALARICO GANDOUR FILHO	23-Número no CRO 19601	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ALARICO GANDOUR FILHO	27-Número no CRO 19601	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 de Glosa	42-Assinatura	
1-001810010057		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00		0,00	S				
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
43-Data Previsto Término do Tratamento 14/10/2020		44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico		45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial		46-Total Quantidade US 34,00		47-Valor Total R\$ 10,00		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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Dag: fratura fragmento dentário vestibular to: grave clínicamente
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/10/2020 Dr. Alarico Gandour Filho
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 14/10/2020 Dra. Regiane Muniz
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 14/10/2020 M. Trommer
53-Data, local e Assinatura da Empresa 14/10/2020