



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

403295
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/20	4-Data de Autorização 26/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7989173	7-Data Validade da Senha 21/01/21							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202507367000440401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS	11-Data Validade da Carteira ////	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome ADENIR GERALDO MOURA		14-Telefone 15/01/1972	15-Nome do titular do plano ADENIR GERALDO MOURA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CINTIA CAETANO CAVALCANTI	18-Número no CRO 18203	19-UF RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02125354713	22-Nome do Contratado Executante CINTIA CAETANO CAVALCANTI	23-Número no CRO 18203	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405							
26-Nome do Profissional Executante CINTIA CAETANO CAVALCANTI		27-Número no CRO 18203	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 Clima	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7800	0,00		S	06/11/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
SDO - Serviço de Documentação Odontológica												
Adenir Geraldo Moura 90485												
06/11/2020 17:30:00 Tel.: 33416929												
15/01/1972 VR OdontoLife												
Dr. Patrick Teobaldo J de Oliveira												
43-Data Previsto 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 7800												
47-Valor Total R\$ 0,00												
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00												
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 ////												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 06/11/2020												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/2020												
53-Data, local e Carimbo da Empresa ////												