

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



380620
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/10/2019	4-Data de Autorização 12/3/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7892615	7-Data Validade da Senha 12/11/2012
--------------------------	--	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025282701000090011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONSELHO REGIONAL DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome
MARCIA REGINA DOS SANTOS

01/03/1986

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
MARCIA REGINA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIOLA DULCE MONTEIRO	18-Número no CRO 27085	19-UF MG	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 004201267679	22-Nome do Contratado Executante FABIOLA DULCE MONTEIRO	23-Número no CRO 27085	24-UF MG	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante FABIOLA DULCE MONTEIRO	27-Número no CRO 27085	28-UF MG	29-Código CBO S
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	---	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------

025 -

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código de 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	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1			34,00	0,00	0,00		10/10/2019	marcia
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/2019	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 34,00	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(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

Fabiola Dulce
CIRURGEIA DENTISTA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/2019	53-Data, local e Cartão da Empresa 10/11/2019	CRO-MG: 27085
---	---	---	--	---------------