

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

396456
INTERCÂMBIO

5-Série
50199120

6-Número da Guia Principal
7-Data Validade da Senha
113/101121

10-Empresa
GRANIHIC SERVICES S

11-Data Validade da Carteira
113/101121

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
703006881576373

13-Nome
HERMES GOMES

14-Fone
(11) 27786

15-Nome do Titular do plano
HERMES GOMES

16-Aprendizado a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
CENTRO ODONTOLOGICO SORRINDO MAIS DE NITEROI

18-Número no CRO
27786

19-UF
RJ

20-Código CBO S
06

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10 0 9 0 4 9 7 2 6 0 7

22-Número do Consultador Executante
KELLY DE SOUZA ABREU

23-Número no CRO
27786

24-UF
RJ

25-Código CNES
27786

26-Número no CRO
27786

28-UF
RJ

29-Código CBO S

30-Tabata
31-Código do Procedimento
1 0 0 8 5 2 0 0 1 4 0

32-Descrção
TRATAMENTO-ENDODÔNTICO

33-Dent/Região
24

34-Fase
1

35-Qtd
1

36-Quantidade US
3 3 3 ,0 0 0

37-Valor
0,0 0

38-Franquia/Co-participação RS
S/15/10/20

39-Aut
40-Data de Realização
15/10/20

41-Motivo da Glosa
Assinatura

42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento
15/10/20

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total P-Princial

46-Total Quantidade US
1 3 3 3 ,0 0

47-Valor Total R\$
0,0 0

48-Total Franquia / Co-participação RS
0,0 0

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 115/110/20	4-Data de Autorização 115/110/20	5-Série 50199120	6-Número da Guia Principal 113/101121	7-Data Validade da Senha 113/101121
8-Número da Carteira 0 0 3 7 9 9 4 0 6 4 0 6 5 4 7 0		9-Pano POS REDE PRESTADORA	AUTORIZADO			
10-Empresa GRANIHIC SERVICES S						
11-Data Validade da Carteira 113/101121		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703006881576373				
13-Nome HERMES GOMES						
Dados do Consultado Responsável pelo Tratamento						
16-Aprendizado a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO SORRINDO MAIS DE NITEROI				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 0 9 0 4 9 7 2 6 0 7		22-Número do Consultador Executante KELLY DE SOUZA ABREU				
23-Número no CRO 27786		18-Número no CRO 27786	19-UF RJ	20-Código CBO S 06	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200140-24	
24-Número no CRO 27786		21-Número no CRO 27786	22-UF RJ	23-UF RJ	25-Código CNES 27786	
Plano de Tratamento / Procedimentos/Solicitações						
30-Tabata	31-Código do Procedimento	33-Dent/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor
1 0 0 8 5 2 0 0 1 4 0	TRATAMENTO-ENDODÔNTICO	24	1	1	3 3 3 ,0 0 0	0,0 0
2-1						
3-1						
4-1						
5-1						
6-1						
7-1						
8-1						
9-1						
10-1						
11-1						
12-1						
13-1						
14-1						
15-1						
43-Data Previsão Término do Tratamento 15/10/20		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência				
45-Tipo de Faturamento 1-Total P-Princial		46-Total Quantidade US 1 3 3 3 ,0 0				
47-Valor Total R\$ 0,0 0		48-Total Franquia / Co-participação RS 0,0 0				
Declara, que após ter sido davamente 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 a recar 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 ancar com os custos conforme previsto em contrato.						
49-Observação						
<i>Carvalho Almeida</i>						
50-Data, local e Assinatura do Odontólogo/Dentista Solicitante 15/10/20		51-Data, local e Assinatura do Odontólogo/Dentista Responsável 15/10/20				
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/20		53-Data, local e Currículo da Empresa VISCÓNDIA DO RIO BRANCO LTDA CNPJ: 29.833.248/0001-15 CRO-RJ CRO-SP				