

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
00/08/2019

4-Data de Autorização
16/09/2019

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7854224

7-Data Validade da Senha
07/12/2019

371608
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira
0020202510150601046601

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ALAIR SOUSA PRADO

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
ALAIR SOUSA PRADO

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
139520710084611

22-Nome do Contratado Executante
REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES

23-Número no CRO
118776

24-UF
SP

25-Código CNES
28-UF
SP

26-Nome do Profissional Executante
REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES

27-Número no CRO
118776

28-UF
SP

29-Código CBO S

30-Tabela
31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Clid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

43-Data Previsão 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
218,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
16/09/2019, São João del-Rei, MG, Dr. [Assinatura]

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
16/09/2019, São João del-Rei, MG, Dr. [Assinatura]

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/09/2019, São João del-Rei, MG, [Assinatura]

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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. Observation

50 Data local e Assinatura do Cliente e do Cliente Solicitante

50. Data local e Assinatura do Cliente e Montista Solicitante	51. Data local e Assinatura do Cliente e Montista
---	---

52. Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data local e Caimbo da Empresa

Dra. Rebeca E. Samarão Gonçalves

CRO-SP-CN 110776

Dra. Rebeca E. Samarão Gonçalves

CPD-CD 11055