

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



OK
2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 1 4 1 0 9 1 2 0		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50191032		7-Data Validade da Senha 1 3 1 2 1 2 0		374452 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 0 3 1 5 6 5 4 2		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa FERNANDA SOARES DA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702400517897129			
13-Nome MARIANA SOARES DA SILVA										15-Nome do titular do plano FERNANDA SOARES DA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA COSTA DA SILVA		18-Número no CRO 41376		19-UF RJ		20-Código CBO S		801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / ONPJ / CPF 1 4 5 3 3 8 5 7 8		22-Nome do Contratado Executante JULIANA COSTA DA SILVA		23-Número no CRO 41376		24-UF RJ		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante JULIANA COSTA DA SILVA		27-Número no CRO 41376		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	
1-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6				RESTAURAÇÃO RESINA		37		O 1		6 1 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 / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 6 1 0 0		47-Valor Total R\$ 0 0 0 0		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) 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/2019 Juiz de Fora		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2019 Juiz de Fora		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2019 Juliana Soares da Silva		53-Data, local e Carimbo da Empresa CRO: 41376	
--	--	--	--	---	--	---	--

Dr. Juliana Costa
Cirurgião-Dentista