

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

528847
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/04/21	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 528847	7-Data Validade da Senha 19/07/21
8-Número da Carteira 00202510272200134001			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome GRACILIANO DA SILVA COSTA JUNIOR			14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano GRACILIANO DA SILVA COSTA JUNIOR	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JONES CARIM TUMA FILHO		18-Número no CRO 2748	19-UF AM	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52096092272		22-Nome do Contratado Executante JONES CARIM TUMA FILHO		23-Número no CRO 2748	24-UF AM
26-Nome do Profissional Executante JONES CARIM TUMA FILHO / Andre Luiz		27-Número do CRO 2748 / 14840		28-UF AM	29-Código CBO S

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 Glosa	42-Assinatura
1-	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	47		1	34,00	0,00		N	20/04/2021		
2-	0085200034	TRATAMENTO EM	47		1	8,00	0,00		N	20/04/2021		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 20/04/21	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 42,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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) 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: Algia dent 47, dor no dente radicular. Feito prescrição medicamentosa e encaminhamento.					
50-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/04/21 Fernando M. Breves CRO-AM 4713	51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/04/21 Fernando M. Breves CRO-AM 4713	52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/04/21 Graciliano da Silva Costa Jr	53-Dado, local e Carimbo da Empresa		