

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

300610  
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha  
1 0 / 0 6 / 2 0

6-Número da Guia Principal  
300610

5-Senha  
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

4-Data de Autorização  
1 2 / 0 3 / 2 0

3-Data de Emissão da Guia  
1 2 / 0 3 / 2 0

1-Registro ANS  
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira  
1 0 0 3 7 0 0 0 0 0 3 2 3 9 2 1 9 0 0 1  
11-Data Validade da Carteira  
1 1 / 1 1 / 1 1  
12-Número do Cartão Nacional de Saúde  
706002367349847

13-Nome  
LEILA MARIA CERVEIRA MUNIZ  
14-Telefone  
( ) / /  
15-Nome do titular do plano  
LEILA MARIA CERVEIRA MUNIZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN  
N  
17-Nome do Profissional Solicitante  
DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO  
18-Número no CRO  
30438  
19-UF  
RJ  
20-Código CBO S  
801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
1 0 9 2 2 4 3 7 1 7 3 6  
22-Nome do Contratado Esecuante  
DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO  
23-Número no CRO  
30438  
24-UF  
RJ  
25-Código CNES

26-Nome do Profissional Esecuante  
DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO  
27-Número no CRO  
30438  
28-UF  
RJ  
29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabella | 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 -        | 0 1 0 8 1 1 0 0 0 0 5 7   | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE |                 |         | 1      | 3 4 0 0          | 0 0 0 0  |                                 |        | 12/03/20              |                    |               |
| 2 -        | 0 0 1 8 5 3 0 0 0 6 3     | TRATAMENTO DE ABSCESSO   | 41              |         | 1      | 8 0 0            | 0 0 0 0  |                                 |        | 12/03/20              |                    |               |
| 3 -        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4 -        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5 -        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6 -        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7 -        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8 -        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9 -        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10 -       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11 -       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12 -       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13 -       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14 -       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15 -       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

43-Data Previsão Término do Tratamento  
1 1 / 1 1 / 1 1  
44-Tipo de Atendimento  
4  
45-Tipo de Faturamento  
1  
46-Total Quantidade US  
4 2 0 0  
47-Valor Total R\$  
0 0 0 0  
48-Total Franquia / Co-participação R\$  
0 0 0 0

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), (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  
abscesso -> incisão + drenagem

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante  
12/03/20  
Dr. Daniel Pinheiro  
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
12/03/20  
Dr. Daniel Pinheiro  
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
12/03/20  
53-Data, local e Carimbo da Empresa  
12/03/20