

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/08/2016

4-Data de Autorização
11/08/2016

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50166982

7-Data Validade da Senha
16/09/2017

326523
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00379994061439263

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
01 ADMINISTRACAO

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
706408199205784

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome
ANTONIO CARLOS FALEIRO

23/12/1965

14-Telefone
() - / -

15-Nome do titular do plano
MARTA SILVA SARAIVA

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 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1453338578

22-Nome do Contratado Executante
JULIANA COSTA DA SILVA

23-Número no CRO
41376

24-UF
RJ

25-Código CNES
85100200

26-Nome do Profissional Executante
JULIANA COSTA DA SILVA

27-Número no CRO
41376

28-UF
RJ

29-Código CBO S
85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
1-01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	6100	0,00				22/10/2016	
2-01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	6100	0,00				22/10/2016	
3-01085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OV	1	8800	0,00				29/06/2017	
4-01085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MD	1	8800	0,00				29/06/2017	
5-01085100200											
6-01085100200											
7-01085100200											
8-01085100200											
9-01085100200											
10-01085100200											
11-01085100200											
12-01085100200											
13-01085100200											
14-01085100200											
15-01085100200											

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
298,00

47-Valor Total R\$
0,00

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

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
22/10/2016 Juliana C. da Silva

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
22/10/2016 Juliana C. da Silva

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
22/10/2016

53-Data, local e Carimbo da Empresa
Dra. Juliana Costa
Cirurgiã-Dentista
CRC: 41376