

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº
OK

411640
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
02/02/21

6-Número da Guia Principal
50203825

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
04/11/20

3-Data de Emissão da Guia
04/11/20

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0037000022270500

11-Data Validade da Carteira
02/02/21

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
700005479447402

13-Nome
MARCELO NUNES CORREIA

14-Telefone
()

15-Nome do titular do plano
SEBASTIAO CORREIA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
JULIANA COSTA DA SILVA

21-Código na Operadora / DNPJ / CPF
1453385788

22-Nome do Contratado Executante
JULIANA COSTA DA SILVA

26-Nome do Profissional Executante
JULIANA COSTA DA SILVA

20-Código CBO S
801 - Faturar Empresa

23-Número no CRO
41376

24-UF
RJ

25-Código CNES

27-Número no CRO
41376

28-UF
RJ

36-Franquia/Co-participação R\$

37-Valor

38-Quantidade US

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

30-Tabella

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Franquia/Co-participação R\$

37-Valor

38-Quantidade US

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

1-0081000030 CONSULTA ODONTOLÓGICA

2-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

3-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

4-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

5-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

6-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

7-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

8-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

9-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

10-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

11-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

12-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

13-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

14-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

15-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

16-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

17-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

18-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

19-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

20-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

21-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

22-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

23-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

24-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

25-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

26-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

27-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

28-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

29-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

30-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

31-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

32-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

33-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

34-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

35-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

36-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

37-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

38-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

39-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

43-Data Previsto 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

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

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.

Dra. Juliana Costa
Cirurgião-Dentista

30/11/2020

30/11/2020

30/11/2020

30/11/2020

30/11/2020

30/11/2020

30/11/2020

30/11/2020