

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

46053

2-Nº



732013
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/06/11 4-Data de Autorização 11/10/11 5-Santu AGUARDANDO TOKEN DO 6-Número da Guia Principal 9147967 7-Data Validade da Santa 10/14/10 11/12/12

8-Número da Carteira 101020215422540000000000000001 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/10/11

13-Nome LUIZ CLAUDIO MENDES SANTANA 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 15-Nome do titular do plano LUIZ CLAUDIO MENDES SANTANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante SILVIO ROBERTO GOMES DE OLIVEIRA 18-Número no CRO 12857 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 150310567107000000 22-Nome do Contratado Excusante SILVIO ROBERTO GOMES DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 12857 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Excusante SILVIO ROBERTO GOMES DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 12857 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 Guia	42-Assinatura
1-0	01810001294	LEVANTAMENTO			1	2122,00	0,00					12/10/21
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 0,00 47-Valor Total R\$ 1440,30 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

50-Dentista, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Paciente, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dentista, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / Responsável 53-Dentista, local e Assinatura da Empresa

11/10/21

AMX Implantes zap (22) 26640764

AV GETULIO VARGAS 429 SALA 102 Centro Araruama RJ 28970000

Dr JOSUE CALEBE NOGUEIRA CRO RJ 33898

Paciente: Luiz Claudio Meador Silva

Indicado ex periapical
Completo

ARARUAMA 06/10 / 2021

DR CALEBE CRO RJ 33898



Avulsos Perodontos com Reginos
com bolso perodontal superior