

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2543103

406414	1 3 1 1 2 5	7 1 1 2 5	AUTORIZADO	14613611	1 2 0 1 2 6
--------	-------------	-----------	------------	----------	-------------

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 2 2 8 4 8 0 0 0 0 0 0 1 0 2		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa HR DE SOUZA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700205946493429
13-Nome VITORIA YNDAIARA DA SILVA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano HUDNEY RIBAMAR DE SOUZA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante YARA CRISTINA CARDIM CASTELO BRANCO		18-Número no CRO 54777	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2 6 5 5 0 3 1 0 0 0 0 1 7 3		22-Nome do Contratado Executante ARTE EM SORRISO CLINICA ODONTOLOGICA LTDA		23-Número no CRO 54777	24-UF SP	25-Código CNES 9999999
26-Nome do Profissional Executante YARA CRISTINA CARDIM CASTELO BRANCO		27-Número no CRO 54777		28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 85100218 (I) 85100218

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-	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 , 0 0	0 , 0 0		S	13 / 11 / 25		X
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	1 4 4 , 0 0	0 , 0 0		S	27 / 11 / 25		
3-	0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	21	IDM	1	1 2 2 , 0 0	0 , 0 0		S	04 / 12 / 25		
4-	0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	22	IPM	1	1 2 2 , 0 0	0 , 0 0		S	04 / 12 / 25		
5-	0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	23	DPM	1	1 2 2 , 0 0	0 , 0 0		S	04 / 12 / 25		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 04 / 12 / 25	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 5 4 4 , 0 0	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	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 Ato 85100218: Necessario anexar radiografia no site para autoriza :ao Ato 85100218: Necessario apresentacao de foto inicial para autorizacao	
--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04 / 12 / 25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04 / 12 / 25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04 / 12 / 25	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------