

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/11/12/0	4-Data de Autorização 10/09/11/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8021389	7-Data Validada da Senha 10/02/12/12/1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0002025331860000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Data Validada da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 411290
---	--------------------------------	---	---

13-Nome SANDRA DE ALMEIDA MACHADO	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano SANDRA DE ALMEIDA MACHADO
--------------------------------------	------------------------------	--

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante CIROD	18-Número no CRO 21193	19-UF RJ	20-Código CBO S 09
--	---------------------------	-------------	-----------------------

21-Código no Operador / CNPJ / CPF 001562861735	22-Nome do Contratado Executante ONAYR MARTINS DA SILVEIRA FILHO	23-Número no CRO 21193	24-UF RJ	25-Código CNES RJ	26-Nome do Profissional Executante ONAYR MARTINS DA SILVEIRA FILHO	27-Número no CRO 21193	28-UF RJ	29-Código CBO S RJ	30-Data e Realização 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421- (1) 81000421- (1) 81000421-RIS
--	---	---------------------------	-------------	----------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	---

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data e Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000421	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	3354,00			09/11/20		
2-00	81000421	RX PERIAPICAL			1	14,00	896,00			09/11/20		
3-00	81000421	RX PERIAPICAL			1	14,00	896,00			09/11/20		
4-00	81000421	RX PERIAPICAL			1	14,00	896,00			09/11/20		
5-00	81000421	RX PERIAPICAL			1	14,00	896,00			09/11/20		
6-00	81000421	RIS			1	14,00	896,00			09/11/20		
7-00	81000421											
8-00	81000421											
9-00	81000421											
10-00	81000421											
11-00	81000421											
12-00	81000421											
13-00	81000421											
14-00	81000421											
15-00	81000421											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 2-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 134,00	47-Valor Total R\$ 101,38	48-Total Franchisa / Co-participação R\$ 101,38
--	--	---	----------------------------------	------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, 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(ram) 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 09/11/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/11/20 Sandra de Almeida Machado	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/11/11/20 CROD - Centro Integrado de Odontologia
--	--	--	---

Centro Odontológico Sorrindo Mais LTDA_

Rua: Carlos Gianelli, 200 sala 101

Centro SG

Paciente: Sandra de Almeida Machado

Solicito Radiografia

-Periapical dos dentes 46,14,15,16,11 e 21

-Panorâmica

OBS radiografia solicitada para avaliação de lesão cariosa e sisos

São Gonçalo 04 novembro de 2020


Dra. Cecilia R. Gomes
Cirurgia - Dentista
CRIO RJ 44867

Exame

Rua Coronel Rodrigues,422 sala 811

Tel (21) 27120785