

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



356339
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/08/2020	4-Data de Autorização 14/08/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7785203	7-Data Validade da Senha 11/11/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020253112160000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome DHULY MACEDO QUINTANILHA	07/09/1999	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DHULY MACEDO QUINTANILHA
-------------------------------------	------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante CIROD - RADIOLOGIA ORAL	18-Número no CRO 30636	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08624639719	22-Nome do Contratado Executante DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA	23-Número no CRO 30636	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
--	--	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA	27-Número no CRO 30636	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00	0,00		S	14/08/2020		
2-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	14,00	0,00		S	14/08/2020		
3-00	81000294	LEVANTAMENTO		1	1	22,00	0,00		S	14/08/2020		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 14/08/2020	44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 250,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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), foram realizados 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

Dra. Samara Martins
Cirurgiã-Dentista

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/08/2020	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista RO 1668 14/08/2020	52-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável 14/08/2020	53-Data local e Assinatura do Responsável da Empresa 14/08/2020
--	--	--	--

CIROD - Centro de Diagnóstico e Radiologia

Olivia Tracedo Quintanilha

Edição:

Re. periodical completo de cimento -
montado Bite wings de molares D.I. e
Eloquax

Trat. endodôntico em molares
superiores de Abacost.

SG, 11/08/23

Dr. Fernando Luz
Cirurgião-Dentista
CRO 37028

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO
2ª a 6ª - das 09:00 às 18:00hs
Sábado - das 09:00 às 13:00hs

Rua Cel. Moreira Cesar, Nº 83 / Sobrado
Centro / SG (Em frente a Igreja Matriz
de São Gonçalo) - Tel.: 2604-9802