

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

318483
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/05 11:20	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 318483	7-Data Validade da Senha 12/08/11 08:11:20
--------------------------	---	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

8-Número da Carteira 01037001000166262411		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DIAMOND RIO COMERC		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número de Cartão Nacional de Saúde 702201152708510	
13-Nome RENATO JORGE DA SILVA CUNHA		30/04/1959		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano NEILA NADIEGE CAMPOS CUNHA			

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO		18-Número no CRO 30438		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09224371736		22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO		23-Número no CRO 30438		24-UF RJ		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO				27-Número no CRO 30438		28-UF RJ		29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor						
1-01018110100057		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	314,00	0,00	0,00	0,00	0,00		30/05/20	
2-010182001030		INCISÃO E DRENAGEM INTRA-	34		1	8,00	0,00	0,00	0,00	0,00		30/05/20	
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 42,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 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 Absorção - incisão + drenagem + medicação + encaminhamento	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/05/20 Dr. Daniel Pinheiro Cirurgião-Dentista CRO RJ 30438	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/05/20 Dr. Daniel Pinheiro Cirurgião-Dentista CRO RJ 30438	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/05/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 30/05/20
---	---	---	---	--

RENATO JORGE DA SILVA CUNHA

PACIENTE APRESENTA QUADRO DE ABSCESSO AGUDO EM REGIÃO DE ELEMENTO 34, COM EDEMA FACIAL. FOI MEDICADO E ORIENTADO DE ACORDO COM O QUADRO. O MESMO SOLICITA ORÇAMENTO DE TRATAMENTO DE CIRURGIA DE EXODONTIA + INSTALAÇÃO DE IMPLANTE PARA REALIZAR A POSTERIORI.

Phm

Raphaella Postorivo

Dra. Raphaella Postorivo
Cirurgiã-Dentista
CRP 40.512

Rio, 30/05/2020

WWW.CLINICAODONTOBARRA.COM.BR