



NOVA ODONTO LTDA
R DOS GUAJAJARAS, 880 - SALA 1401
30180106 - BELO HORIZONTE - MG
CNPJ:39.473.593/0001-49 - Telefone:(31) 3058-1867

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 - N° Guia no Prestador: 55980

1 - Registro ANS 422665	3 - Número da Guia Principal 55.980	4 - Data de Autorização 01/02/2023	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 55.980
----------------------------	--	---------------------------------------	-----------	-------------------------------	---

Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 00116990009002	9 - Plano ONIX - ADICIONAL PE	10 - Empresa CENTRO EDUCACIONAL SERRANO LTDA	11 - Validade da Carteira	12 - Cartão Nacional de Saúde	

13 - Nome ERICA OLIVEIRA REIS DE SOUZA	14 - Telefone -	15 - Nome do Titular do Plano ERICA OLIVEIRA REIS DE SOUZA	16 - Atendimento a RN N
---	--------------------	---	----------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
---	--	--	--

17 - Nome do Profissional Solicitante	18 - Número no CRO	19 - UF	20 - Código CBO
---------------------------------------	--------------------	---------	-----------------

21 - Código na Operadora 0925	22 - Nome do Contratado Executante ODONTO SIM CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA	23 - Número no CRO 1996	24 - UF ES	25 - Código CNES 99999999
----------------------------------	--	----------------------------	---------------	------------------------------

26 - Nome do Profissional Executante RIVIANI MARQUES NEVES DA SILVA SALY	27 - Número no CRO 5300	28 - UF ES	29 - Código CBO
---	----------------------------	---------------	-----------------

Plano de Tratamento/Procedimentos Solicitados/Procedimentos Executados											
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente / Região	34 - Face	35 - Qtde	36 - Qtd. US	37 - Valor R\$	38 - Franquia (R\$)	39 - Aut	40 - Cod. Negativa	41 - Data de Realização	42 - Assinatura
1 22	81000065	EXAME CLINICO INICIAL	ASAI		1,00	54,00	21,60	R\$ 0,00	S			
2 22	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	ASAI		1,00	148,00	59,20	R\$ 0,00	S			
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

43 - Data Término Tratamento	44 - Tipo de Atendimento	45 - Tipo de Faturamento	46 - Total Quantidade US 202,00	47 - Valor Total (R\$) 80,80	48 - Valor Total Franquia (R\$) 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), 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 / Justificativa:			
----------------------------------	--	--	--

50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	52 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista
--	---	--	---------------------------------------

54 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável / /	55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	56 - Data do Carimbo da Empresa / /
---	--	--