Odontoline
Planos Odontológicos

Guia de Tratamento Odontológico

1 - Registro ANS: 406414
3 - Data da Emissão da Guia:
4 - Data da Autorização: 01/08/2020
5 - Senha: 50180914
6 - Data Validade da Senha: 30/10/2020
7 - Número Guia Principal: 3997824

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira: 00379992062371805
9 - Plano:
10 - Empresa:
11 - Data Validade da Carteira:
12 - Número do Cartão Nacional de Saúde:
13 - Nome: Maria das Graças Torres
14 - Telefone: 21 99916 4153

Dados do Contrato Responsável pelo Tratamento
15 - Nome do titular do plano:
16 - Nome do Profissional Solicitante:
20 - Código na Operadora: 0020 8638 822
21 - Nome do Contratado Executante: Roberta Bacas Pinheiro
17 - Número no CRO:
18 - UF:
19 - Código CBOS:
25 - Nome do Profissional Executante: Roberta Bacas Pinheiro
22 - Número no CRO: 32943
23 - UF: RJ
24 - Código CBOS:
26 - Número no CRO: 32943
27 - UF: RJ
28 - Código CBOS:

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimento Executados

	29 - Tabela	30 - Código do Procedimento	31 - Descrição	32 - Dente / Região	33 - Face(s)	34 - Qtd.	35 - Qtd. US	36 - Valor R$	37 - Franquia/ Co participação	38 - Aut.	39 - Data de Realização	40 - Assinatura
1		80000058	Cons. US								01/08/20	
2		82001030	drenagem								01/08/20	
3				15								
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												

Dra. Roberta B. Pinheiro
Cirurgiã Dentista
CRO: 32943

25.331.829/0001-02
DENTIMPLANTE ODONTOLOGIA
URGÊNCIA 24 HORAS
Rua Dias da Cruz, 720
Méier CEP 20720-013
Rio de Janeiro - RJ

Data Término do Tratamento: 01/08/2020
42 - Tipo de Atendimento (00)
1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência 5 - Auditoria
43 - Tipo de Faturamento: (X) T-Total P-Parcial
44 - Total Quantidade US
45 - Valor Total R$
R$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima prestados, 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) procedimentos (s) descritos 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme em contrato.

Observações
87.105900 7-25
051091 1962

Maria das Graças Torres dente 15: drenagem interna: anal. de a. excesso