Odonto

Guia de Tratamento Odontológico

ANS 6414	3 - Data da Emissão da Guia	4 - Data da Autorização 14/02/2020	5 - Senha 288155	6 - Data Validade da Senha	7 - Número Guia Principal
Beneficiário					
8 - Carteira 00202526206000001-01	9 - Plano	10 - Empresa	11 - Data Validade da Carteira	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Contratado Responsável pelo Tratamento: Liliane Dias de Ney Barbosa	14 - Telefone 969262157	15 - Nome do titular do plano			

Dados do Profissional Solicitante

20 - Código Operadora 10208688122	21 - Nome do Contratado Executante: Roberta Borges Pinheiro	17 - Número no CRO	18 - UF	19 - Código CBOS	
Dados do Profissional Executante: Roberta Borges Pinheiro		22 - Número no CRO 32943	23 - UF RJ	24 - Código CBOS	
		26 - Número no CRO 32943	27 - UF RJ	28 - Código CBOS	

Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimento Executados

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
83000875	Exodontia	3 6							14/02/20	

Término do Tratamento 14/02/2020	42 - Tipo de Atendimento (00) 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Odontológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência 5 - Auditoria	43 - Tipo de Faturamento ( ) Total ( ) Parcial	44 - Total Quantidade US	45 - Valor Total R$	R$ 73

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) 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 que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme em contrato.

Observações

061021989 36 Fratura Vertical - Lingual | Exodontia

09426957159

Local e Assinatura do Profissional Solicitante 14/02/2020	49 - Data, Local e Assinatura do Contratado Executante 14/02/2020 Dra. Roberta B. Pinheiro Cirurgiã-Dentista CRO: 32943	50 - Data, Local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	51 - Data, Local e Carimbo da Unidade 14/02/2020

Dra. Roberta B. Pinheiro Cirurgiã-Dentista CRO: 32943

25.331.829/0001-06 DENTIMPLANTE ODONTOLOGIA URGÊNCIA 24 HORAS Rua Dias da Cruz, 720 Méier - CEP 20720-013