



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

394103
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
0 8 / 10 1 / 2 1

6-Número da Guia Principal
394103

5-Senha
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

4-Data de Autorização
1 0 / 1 1 0 / 2 0

3-Data de Emissão da Guia
1 0 / 1 1 0 / 2 0

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 3 7 9 9 4 0 5 9 8 2 9 7 3 4	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ALIANÇA PROJETO PREF RJ	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome SERGIA ROSSANA SABINO NEVES	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano SERGIA ROSSANA SABINO NEVES
--	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VANJA FRANCO DE BATTISTI	18-Número no CRO 17207	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 5 9 9 7 1 3 8 0 6 2 5	22-Nome do Contratado Executante VANJA FRANCO DE BATTISTI	23-Número no CRO 17207	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante VANJA FRANCO DE BATTISTI	27-Número no CRO 17207	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glisa 42-Assinatura
1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 5 7		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	3 4 0 0		0 0 0		10/10/22	
2-0 0 1 8 5 4 0 0 4 6 7		RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO	13		1	8 0 0		0 0 0		10/10/22	
3-0 0 1 8 5 4 0 0 4 6 7		RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO	14		1	8 0 0		0 0 0		10/10/22	
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão 10/10/22	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 5 0 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0
------------------------------	---	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

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

50-Diã local e Assinatura do Círculo-Dentista Solicitante 10/10/22	51-Diã local e Assinatura do Círculo-Dentista Responsável 10/10/22	52-Diã local e Assinatura da Empresa 10/10/22	53-Diã local e Assinatura da Empresa 10/10/22
---	---	--	--

Exame clínico realizado. Trabalho protetor. Paciente foi orientada e encaminhada para tratamento pois o estado geral da saúde bucal não é bom.

CNPJ: 33.661.335/0001-10
EPA0 - 5631