



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



626445
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/01/07/12/11

4-Data de Autorização
12/11/07/12/11

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8835174

7-Data Validade da Guia
11/8/11/01/21/11

8-Número da Carteira
1010202539791361000011011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome
MARIA ROSELI BENTO

30/06/1969

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
MARIA ROSELI BENTO

16-Atendimento a RN
17-Nome do Profissional Solicitante
SILVIO ROBERTO GOMES DE OLIVEIRA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1510305670700

22-Nome do Contratado Executante
SILVIO ROBERTO GOMES DE OLIVEIRA

18-Número no CRO
12857

23-Número no CRO
12857

19-UF
RJ

24-UF
RJ

20-Código CBO S
025 -

25-Código CNES

Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante
SILVIO ROBERTO GOMES DE OLIVEIRA

27-Número no CRO
12857

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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Aguardar
1-10	181000294	LEVANTAMENTO		1		2221010	1201010			11/05/11/08/11/11		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo do Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchise / Co-participação R\$
11/11/11	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1221010	1201010	

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 no 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11	10/05/11 08/11/11	05/11/08/11/11 X Maria Roseli	

AMX Implantes zap(22) 26616070
AV GETULIO VARGAS 429 SALA 102 Centro Araruama RJ 28970000
Dr JOSUE CALEBE NOGUEIRA CRO RJ 33898

Paciente: Maria Roseli Bomb

Solicito radiografia
Periapical completa.

ARARUAMA 20 / 07 / 2021

DR CALEBE CRORJ 33898

Dr. Calebe
CRO-RJ 33898
Cirurgião Dentista

OBS: Avaliar periodonto com sugestão de
bolsa com mais de 4mm