

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



312079

INTERCAMBIO

7-Data Validade da Guia
09/10/18 12:01

6-Número da Guia Principal
312079

5-Sentença
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

4-Data de Autorização
11/10/15 12:01

3-Data de Emissão da Guia
11/10/15 12:01

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1003700000016217473131
11-Data Validade da Carteira
11/10/18 12:01
12-Número do Cartão Nacional de Saúde
702600280617548

13-Nome
JOVINA CLEMENTINO DA SILVA
14-Telefone
() - - - - -
15-Nome do titular do plano
JOVINA CLEMENTINO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO
18-Número no CRO
30438
19-UF
RJ
20-Código CBO S
801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
091243717361
22-Nome do Contratado Executante
DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO
23-Número no CRO
30438
24-UF
RJ
25-Código CNES
30438

26-Nome do Profissional Executante
DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO
27-Número no CRO
30438
28-UF
RJ
29-Código CBO S
30438

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Figado	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-010810000057		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00				11/05/18	x Jovina
2-010815200034		TRATAMENTO EM	24		1	8,00				11/05/18	x Jovina
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 Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$					
11/10/18		1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	42,00							

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 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 Solicitante
11/10/18 12:01
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado
11/10/18 12:01
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/10/18 12:01
53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/10/18 12:01