



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-N°

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia [3   1   /   1   0   /   2   0  ]		4-Data de Autorização [0   4   /   1   1   /   2   0  ]		5-Serienº CLAKSON PIMENTA FERREIRA		6-Número da Guia Principal 8015023		7-Validade da Senha [2   9   /   0   1   /   2   1  ]	
Dados do Beneficiário										8-Número da Carteira [1   1   1   1   1   1   1   1   1   1  ]	
9-Piano POS REDE PRESTADORA										9-Validade da Carteira [1   1   1   1   1   1   1   1  ]	
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA										11-Validade da Carteira [1   1   1   1   1   1   1   1  ]	
13-Nome CLAKSON PIMENTA FERREIRA										12-Número do Cartão Nacional de Saúde [2   9   /   0   1   /   2   1  ]	
14-Telefone 25/03/1988										15-Nome do titular do plano CLAULKSON PIMENTA FERREIRA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento										16-Atendimento a RN N	
17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA										18-Número no CRO 24111	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF [8   8   5   1   7   5   1   6   1   0   6   1   7   2   1  ]										19-UF RJ	
22-Nome do Contratado Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA										20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
23-Número no CRO 24111										21-Código CNEs	
26-Nome do Profissional Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA										22-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
27-Número no CRO 24111										23-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
28-Número no CRO 24111										24-UF RJ	
29-Número no CRO 24111										25-Código CNEs	
30-Tabela 31-Código do Procedimento										32-Descrição	
33-Dente/Região RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										34-Face HASD	
1-0   0   1   8   5   3   0   0   0   4   7   1										35-Qtd 1	
2-0   0   1   8   5   3   0   0   0   4   7   1										36-Quantidade US 3   6   ,0   0	
3-0   0   1   8   5   3   0   0   0   4   7   1										37-Valor 0   0   0	
4-0   0   1   8   5   3   0   0   0   4   7   1										38-Franquia/Co-participação RS 0   0   0	
5-   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1										39-Aut S   I	
6-   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1										40-Data de Realização 41- Motivo da Glosa 42-Assist.	
7-   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1										42-   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1	
8-   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1										43-   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1	
9-   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1										44-   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1	
10   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1										45-   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1	
11   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1										46-   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1	
12   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1										47-   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1	
13   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1										48-   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1	
14   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1										49-   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1	
15   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1										50-   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1   1	
43-Data Prevista Termínio do Tratamento 02/04/2023										44-Tipo de Alergimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência	
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Partial										46-Total Quantitativo US 1   4   4   ,0   0	
47-Valor Total R\$ 0   0   0   0   0   0										48-Total Franquia / Co-participação 0   0   0   0   0   0	
49-Observação 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 encarar com os custos o referente ao procedimento(s) descrito(s), se forem realizados(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.										50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista CLAKSON PIMENTA FERREIRA	
51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista CLAKSON PIMENTA FERREIRA										52-Data, Local e Assinatura da Empresa Caiçara da Europa	
53-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável CLAKSON PIMENTA FERREIRA										54-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista CLAKSON PIMENTA FERREIRA	