

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



三

1-Registro ANS 406414		3-Dados de Emissão do Documento 11/04/2016 12:21		4-Cópia da Autorização 22/10/2016 12:21		5-Sigla e AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10015175		7-Dados Variáveis da Ficha 12/09/2012 21		1019916 INTERCÂMBIO			
Dados do Beneficiário															
8-Nome da Criança BRENDO FERREIRA DE JESUS SILVA				9-Sigla PIOS REDE PRESTADORA				10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Dados Variáveis do Cartão 11/01/11/11		12-Número do Contrato Nacional do Serviço ANA PAULA FERREIRA SEVERO DA SILVA	
Dados da Contratação Responsável pelo Tratamento															
13-Identificação N		14-Identificação a TN		15-Nome do Profissional Substituto LUIS FREDERICO REIS NEVES		16-Nome no CRO 6587		17-Sigla DF		18-Código CRO 3 025		19-Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218			
20-Código na Ovariação / CNPJ / CPF 091687573000100100				21-Medida do Contrólado Em Unid RIDERE ODONTOLOGIA LTDA				22-Sigla DF		23-Número no CRO 6587		24-Código CRO 5			
Dados do Profissional Responsável															
25-Nome do Profissional Responsável LUIS FREDERICO REIS NEVES				26-Data de Nascimento 17/03/1973				27-Sigla DF		28-Código CRO 3 025		29-Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218			
Dados do Tratamento / Procedimento / Serviço															
30-Identificação 1-00185100218		31-Código do Procedimento 32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA		33-Data Realizada 17/03/2016		34-Quantidade Usada 1		35-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		36-Valor Total R\$ 122,00		37-Valor Total R\$ 122,00			
40-Dados Pessoais do Paciente															
41-Data de Nascimento 11/01/11		42-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		43-Endereço do Paciente Rua...		44-Telefone do Paciente ...		45-Endereço do Paciente ...		46-Endereço do Paciente ...		47-Endereço do Paciente ...			
48-Declaração															
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a pagar, em minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos previstos em contrato.															
Assinatura do Paciente															
Assinatura do Profissional Responsável															
Assinatura do Profissional Substituto															