

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ANº

653933
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 1 0 / 1 0 / 8 1 / 2 1		5-Senha CONCLUÍDO		6-Número da Guia Principal 8919694		7-Data Validade da Senha 0 8 / 1 1 / 1 1 / 2 1				
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0 0 / 2 0 / 2 5 / 3 6 / 8 3 / 2 6 / 0 0 / 0 0 / 1 0 / 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / / / / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde				
13-Nome MARIA REGINA DA FONSECA PENNA		14-Teléfono () / / / / /		15-Nome do titular do plano MARIA REGINA DA FONSECA PENNA								
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N ORTOTAL		17-Nome do Profissional Solicitante ORTOTAL		18-Número no CRO 32824		19-UF RJ		20-Código CBO S 06				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 9 / 8 1 / 4 0 / 6 5 / 7 2 / 2		22-Nome do Contratado Executante MARCOS PEDRO VIEIRA DA SILVA		23-Número no CRO 32824		24-UF RJ		25-Código CNES				
26-Nome do Profissional Executante MARCOS PEDRO VIEIRA DA SILVA		27-Número no CRO 32824		28-UF RJ		29-Código CBO S		30-UF RJ				
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 Glosa 42-Assinatura	
1-0	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3 6	0 0	0 0	0 1	0 1	0 9 / 1 2 / 1	
2-0	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3 6	0 0	0 0	0 1	0 1	0 9 / 1 2 / 1	
3-0	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3 6	0 0	0 0	0 1	0 1	0 9 / 1 2 / 1	
4-0	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3 6	0 0	0 0	0 1	0 1	0 9 / 1 2 / 1	
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

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), 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

43-Data Previsão Término do Tratamento 1 2 / 1 0 / 8 1 / 2 1		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 1 1 4 1 4 1 0 1 0		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 1 2 / 1 0 / 8 1 / 2 1 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 1 2 / 1 0 / 8 1 / 2 1 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 1 2 / 1 0 / 8 1 / 2 1 53-Data, local e Carimbo de Empresa 1 2 / 1 0 / 8 1 / 2 1											

Odontol Clínica Odontológica Ltda
CNPJ: 40.550.996/0001-23
Av. Dr. Arlindo Negreiros 245
Centro - São João de Meriti