

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

390730
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
04/01/21

6-Número da Guia Principal
390730

5-Senha
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

4-Data de Autorização
10/01/20

3-Data de Emissão da Guia
06/11/20

2-Plano
POS REDE PRESTADORA

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
003700000010468806
11-Data Validade da Carteira
11/11/11
12-Número do Cartão Nacional de Saúde
704609668187220

13-Nome
JULIO GREYV MONTENEGRO OSORIO
15-Nome do titular do plano
JULIO GREYV MONTENEGRO OSORIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
MARILENE MOREIRA CUNHA
18-Número no CRO
8132
19-UF
RJ
20-Código CBO S
801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
14517160381768
22-Nome do Contratado Executante
MARILENE MOREIRA CUNHA
23-Número no CRO
8132
24-UF
RJ
25-Código CNES
RJ
26-Nome do Profissional Executante
MARILENE MOREIRA CUNHA
27-Número no CRO
8132
28-UF
RJ
29-Código CBO S
8132
30-Envia - RX
(0) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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
1-001851100218		RESTAURAÇÃO RESINA	22	IVP	1	11221010	0,00	0,00	0,00	06/11/20	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento
11/11/11
44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Falamento
1-1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US
11221010
47-Valor Total R\$
0,00
48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

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 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), 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/01/20 Paulo Roberto Cunha
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/01/20 Julio Greyv Montenegro Osorio
52-Data, local e Assinatura da Empresa
11/11/11