



NOVA ODONTO LTDA
R DOS GUAJAJARAS, 880 - SALA 1401
30180106 - BELO HORIZONTE - MG
CNPJ:39.473.593/0001-49 - Telefone:(31) 3058-1867

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 - N° Guia no Prestador: 54332

1 - Registro ANS 422665	3 - Número da Guia Principal 54.332	4 - Data de Autorização 07/03/2023	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 54.332
----------------------------	--	---------------------------------------	-----------	-------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 001182005000274	9 - Plano ONIX - ADICIONAL PE	10 - Empresa ESCOLA SAO DOMINGOS LTDA 2-96	11 - Validade da Carteira	12 - Cartão Nacional de Saúde
---	------------------------------------	---	---------------------------	-------------------------------

13 - Nome IRAILDES DE JESUS NASCIMENTO	14 - Telefone -	15 - Nome do Titular do Plano ODAILSON DE JESUS RODRIGUES	16 - Atendimento a RN N
---	--------------------	--	----------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17 - Nome do Profissional Solicitante	18 - Número no CRO	19 - UF	20 - Código CBO
---------------------------------------	--------------------	---------	-----------------

21 - Código na Operadora 0925	22 - Nome do Contratado Executante ODONTO SIM CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA	23 - Número no CRO 1996	24 - UF ES	25 - Código CNES 9999999
----------------------------------	--	----------------------------	---------------	-----------------------------

26 - Nome do Profissional Executante RIVIANI MARQUES NEVES DA SILVA SALY	27 - Número no CRO 5300	28 - UF ES	29 - Código CBO
---	----------------------------	---------------	-----------------

Plano de Tratamento/Procedimentos Solicitados/Procedimentos Executados

30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente / Região	34 - Face	35 - Qtde	36 - Qtd. US	37 - Valor R\$	38 - Franquia (R\$)	39 - Aut	40 - Cod. Negativa	41 - Data de Realização	42 - Assinatura
1	22	85400262	NUCLEO PRE-FABRICADO	27		1,00	257,00	102,80	R\$ 0,00	S	02/03/2023	
2	22	81000421	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	27		1,00	20,00	8,00	R\$ 0,00	S	02/03/2023	
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

43 - Data Término Tratamento	44 - Tipo de Atendimento	45 - Tipo de Faturamento	46 - Total Quantidade US 277,00	47 - Valor Total (R\$) 110,80	48 - Valor Total Franquia (R\$) 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.

49 - Observação / Justificativa:

50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	52 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista
--	---	--	---------------------------------------

54 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável / /	55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	56 - Data do Carimbo da Empresa / /
---	--	--