

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

392747
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
06/01/21

6-Número da Guia Principal
50197970

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
08/11/20

3-Data de Emissão da Guia
08/11/20

1-Registro ANS
408414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

00370000016393263

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

CONDOMINIO DO ED VIEIRA

11-Data Validade da Carteira

11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

708103506990135

13-Nome

MAX LIMA DA FONSECA

14-Telefone

(11) 11111111

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

15-Atendimento a RN

N

17-Nome do Profissional Solicitante

MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

172038632715

22-Nome do Contratado Executante

MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE

23-Número no CRO

17808

24-UF

RJ

25-Código CNES

17808

26-Nome do Profissional Executante

MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE

27-Número no CRO

17808

28-UF

RJ

29-Código CBO S

17808

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

31-Código do Procedimento

1-00810100065

CONSULTA ODONTOLÓGICA

2-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

3-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

4-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

5-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

6-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

7-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

8-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

9-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

10-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

11-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

12-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

13-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

14-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

15-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

16-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

17-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

18-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

19-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

20-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

21-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

22-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

23-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

24-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

25-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

26-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

27-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

28-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

29-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

30-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

31-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

32-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

33-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

34-0084000198

PROFILAXIA: POLIMENTO

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Class 42-Assinatura

43-Data

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE
CRO 17.868

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 salutar. 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

95-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

96-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

98-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

99-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

100-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável