

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS
406414

2-Nº

| | | |
|---|--|---|
| 3-Data de Emissão da Guia 12/7/1111/12/0 | 4-Data de Autorização 10/4/112/12/0 | 5-Senha AUTORIZADO |
| Dados do Beneficiário | | |
| B-Número da Carteira 0102025338524000101 | F-Pisano POS REDE PRESTADORA | 6-Número da Guia Principal 8096381 |
| 13-Morada GESSICA FLORIANO DA SILVA | | |
| 14-Antendimento a RN N | | |
| 15-Código na Orientadora / CNPJ / CPF 181851751606172111 | 17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA | 16-Atendimento Responsável pelo Tratamento JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA |
| 21-Nome do Contratado Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA | | |
| 22-Nome do Contratado Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA | | |
| 23-Nome do Profissional Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA | | |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------|------------------------|------------------------|--------------------|---|------------------|--|--|--|--|---|---|
| 30-Tabula | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aui | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
| 1-0 0 8 5 3 0 0 0 4 7 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE 1 | 3 6 0 0 | 0,0 0 | | | | | S 1 2 | / 1 2 | | |
| 2-0 0 8 5 3 0 0 0 4 7 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD 1 | 3 6 0 0 | 0,0 0 | | | | S 1 2 | / 1 2 | | | |
| 3-0 0 8 5 3 0 0 0 4 7 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID 1 | 3 6 0 0 | 0,0 0 | | | | S 1 2 | / 1 2 | | | |
| 4-0 0 8 5 3 0 0 0 4 7 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE 1 | 3 6 0 0 | 0,0 0 | | | | S 1 2 | / 1 2 | | | |
| 5-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6 | RESTAURAÇÃO RESINA | 15 0 1 | 6 1 0 0 | 0,0 0 | | | | S 1 2 | / 1 2 | | | |
| 6-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6 | RESTAURAÇÃO RESINA | 26 0 1 | 6 1 0 0 | 0,0 0 | | | | S 1 2 | / 1 2 | | | |
| 7- | | | | | | | | S 1 2 | / 1 2 | | | |
| 8- | | | | | | | | S 1 2 | / 1 2 | | | |
| 9- | | | | | | | | S 1 2 | / 1 2 | | | |
| 10 | | | | | | | | S 1 2 | / 1 2 | | | |
| 11 | | | | | | | | S 1 2 | / 1 2 | | | |
| 12 | | | | | | | | S 1 2 | / 1 2 | | | |
| 13 | | | | | | | | S 1 2 | / 1 2 | | | |
| 14 | | | | | | | | S 1 2 | / 1 2 | | | |
| 15 | | | | | | | | S 1 2 | / 1 2 | | | |
| 43-Data Provisão do Tratamento | 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 Solicitante 11/01/2012 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/01/2012 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2012 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/2012 | 54-Data, hora e Assinatura do Consultor Odontológico 11/01/2012 | 55-Data, hora e Assinatura do Consultor Odontológico 11/01/2012 |
| 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 firmar o consentimento e 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 previstos no contrato. | | | | | | | | | | | | |
| 49-Observação | | | | | | | | | | | | |
| 50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2012 | | | | | | | | | | | | |
| 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/01/2012 | | | | | | | | | | | | |
| 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2012 | | | | | | | | | | | | |
| 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/2012 | | | | | | | | | | | | |
| 54-Data, hora e Assinatura do Consultor Odontológico 11/01/2012 | | | | | | | | | | | | |
| 55-Data, hora e Assinatura do Consultor Odontológico 11/01/2012 | | | | | | | | | | | | |