

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1- Registro ANS
4064;4

3- Data de Emissão da Guia
10/3/10 9/12/10

4- Data de Autorização
10/9/10 9/12/10

5- Sembr
AUTORIZADO

6- Número da Guia Principal
7844943

7- Data Vencimento da Sembr
10/2/11 12/12/10

369162
INTERCÂMBIO

8- Número da Carteira
10/02/02 51/02/10 22/03/02 12/12/10 21/02/10

9- Plano
POS REDE PRESTADORA

10- Empresa
QUALICORP ADMINISTRADORA DE

11- Data Validade da Carteira
11/11/11

12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome
CLEA DUARTE SABINO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21/11/1945

14- Telefone
(12 11) 2771017555

15- Nome do titular do plano
SILVIO DE OLIVEIRA SABINO

16- Atendimento a RN
CIROD

18- Número no CRO
16864

19- UF
RJ

20- Código CBO S
09

025 -

Faturar Empresa

21- Nome do Operador / CNPJ / CPF
SANDRA HELENA MARTINS BASTOS

22- Nome do Contratado Executante
SANDRA HELENA MARTINS BASTOS

23- Número no CRO
16864

24- UF
RJ

25- Código CNES

26- Nome do Profissional Executante
SANDRA HELENA MARTINS BASTOS

27- Número no CRO
16864

28- UF
RJ

29- Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dentista/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	811010294	LEVANTAMENTO									
2- 1	1				1	222,00	0,00			09/07/10		Elisabete
3- 1	1											
4- 1	1											
5- 1	1											
6- 1	1											
7- 1	1											
8- 1	1											
9- 1	1											
10- 1	1											
11- 1	1											
12- 1	1											
13- 1	1											
14- 1	1											
15- 1	1											

43- Data Fim do Tratamento
09/11/10

44- Tipo de Atendimento
1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência

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), foforam 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.

45- Observação

46- Tipo de Faturamento
1- Total 2- Parcial

47- Total Quantidade US
1222,00

48- Valor Total R\$
10,00

49- Total Franquia / Co-participação R\$

50- Data, local e Assinatura do Operador-Dentista Solicitante
09/11/10

51- Data, local e Assinatura do Operador-Dentista
09/11/10

52- Data, local e Assinatura do Beneficiário-Responsável
09/11/10

53- Data, local e Assinatura da Empresa
09/11/10

CIROD - Celso Roberto de Oliveira



Solicito radiografia
periapical completa da
paciente Clea Duarte Sabino
para avaliação periodontal
completa.


Camila Marcelino Garcia
Cirurgiã-Dentista
Endodontista
CRO-RJ: 26950

3/09/2020

Favore enviar para: odontoa3.imagem@outlook.com
Rua Coronel Moreira César- nº26 - sala 1211- Trade Center-Niterói-RJ
Tel: (21) 2608-3466 / Cel: 98833-9460
odontoa3@outlook.com