

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/2012 01:20	4-Data de Autorização ____/____/____	5-Senha ABERTO	6-Número da Guia Principal 391277	7-Data Validade da Senha 10/14/10 11/12 11
--------------------------	---	---	-------------------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 1 8 8 3 9 5 3		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira _ _ / _ / _ _	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700505525723050
13-Nome THIAGO BARBOSA DO NASCIMENTO		05/08/1984	14-Telefone (_ _) _ _ - _ _ _ _ _		
15-Nome do titular do plano THIAGO BARBOSA DO NASCIMENTO					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante								
N	VANJA FRANCO DE BATTISTI								
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF									
15 9 9 7 1 3 8 0 6 2 5									
22-Nome do Contratado Executante									
VANJA FRANCO DE BATTISTI									
26-Nome do Profissional Executante									
VANJA FRANCO DE BATTISTI									
23-Número no CRO									
17207									
24-UF									
RJ									
25-Código CNES									
801 -									
20-Código CBO S									
19-UF									
RJ									
27-Número no CRO									
17207									
28-UF									
RJ									
29-Código CBO S									

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação	
30-Tabela	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 Ciosa 42-Assinatura															
1-00	81000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00		0,00	N	06/10/20																
2-00	82001022	INCISÃO E DRENAGEM EXTRA-	46		1	8,00		0,00	N	06/10/20																
3-																										
4-																										
5-																										
6-																										
7-																										
8-																										
9-																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
												46-Tipo de Faturamento		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação										
												1-Total 2-Parcial														

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(ram) 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	Paciente e eduro para o cl abscesso no 16. Realizado drenagem aberto, prescrição orientada. ao encaminhamento.		
50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	06/11/2020		51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/2020
52-Dia, local e Assinatura do Responsável	06/11/2020		53-Dia, local e Assinatura da Empresa 06/11/2020
54-Dia, local e Assinatura do Responsável 06/11/2020			

Empresa
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
BARRA D'ÁZUL - SÃO CARLOS - SP
CNPJ: 33.866.335/0001-46
FPAO-5631