

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 02/10/2019		4-Data de Autorização 02/10/2019		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50188696		7-Data Validade da Senha 01/12/2019		368351 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00370000000491589													
9-Plano POS REDE PRESTADORA													
10-Empresa SIND EST DOS PROF DE EDUC DO													
11-Data Validade da Carteira 19/06/1942													
12-Número do Contrato Nacional de Saúde 700303990491530													
13-Nome LUCIO PENHA CALABRIA													
14-Telefone () - - - - -													
15-Nome do titular do plano SUELY MAGNO DA SILVA													
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARILENE MOREIRA CUNHA		18-Número no CRO 8132		19-JF RJ		20-Código CBO S		21-Código CBO S		22-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14157603181768		22-Nome do Contratado Executante MARILENE MOREIRA CUNHA		23-Número no CRO 8132		24-JF RJ		25-Código CBO S		26-Código CBO S		27-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante MARILENE MOREIRA CUNHA		27-Número no CRO 8132		28-JF RJ		29-Código CBO S		30-Código CBO S		31-Código CBO S		32-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US	
1-00181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3400		0100		0100		0100	
2-1													
3-1													
4-1													
5-1													
6-1													
7-1													
8-1													
9-1													
10-1													
11-1													
12-1													
13-1													
14-1													
15-1													
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Tipo de Faturamento		47-Valor Total R\$		48-Valor Total R\$		49-Tipo de Faturamento	
		1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência		1-Total 2-Parcial		1-Total 2-Parcial		3400		0100		0100	
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													
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/09/2019 2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019													
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/2019 2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019													
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/2019 2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019													
53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/09/2019 2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019 09/10/2019													

Dra. Marilene Moreira Cunha
ORTODONTIA E ODONTOPEDIATRIA
CRO/RJ 8132