

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2121450
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/11/2014	4-Data de Autorização 27/11/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13258622	7-Data Validade da Senha 24/10/2015
Dados do Beneficiário			2-Nº		
8-Número da Carteira 09720225792000010	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIVERSIDADE LANCHES LTDA ME	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FRANCISCO DE ASSIS MARINHO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FRANCISCO DE ASSIS MARINHO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IZUMI DE LIMA TAKAHASHI		18-Número no CRO 21590	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03424667714	22-Nome do Contratado Executante IZUMI DE LIMA TAKAHASHI		23-Número no CRO 21590	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante IZUMI DE LIMA TAKAHASHI			27-Número no CRO 21590	28-UF RJ	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

025 -
Faturar Empresa

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 de Glosa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S			28/11/2014
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00		S			28/11/2014
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/11/2014	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 28/11/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/11/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 28/11/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/11/2014
---	---	---	---

Izumi de Lima Takahashi
Cirurgiã - Dentista
CRO - RJ 21590