



garantida para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



424515
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/11 11/12/10	4-Data de Autorização 12/11/11 11/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8076941	7-Data Validade da Senha 11/10/12 11/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa MADERO COMERCIO DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cessão Nacional de Saúde
8-Nome do Carteiro 0002102150883500002341011		13-Plano POS REDE PRESTADORA		

13-Nome CILINETE SOUZA DOS SANTOS		14-Teléfono ()		15-Nome do titular do plano CILINETE SOUZA DOS SANTOS
--------------------------------------	--	--------------------	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO 9836	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
17-Nome do Profissional Solicitante IRANI XAVIER DE SOUZA		23-Número no CRO 9836	24-UF DF	25-Código ONES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 138186039104		22-Nome do Contratado Executante IRANI XAVIER DE SOUZA		26-Número no CRO 9836
28-Nome do Profissional Executante IRANI XAVIER DE SOUZA		27-Número no CRO 9836		29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitados		33-Dente/Região 47 O 1	34-Foco 45 O 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 161000	37-Valor 0100	38-Franquia/Co-participação R\$ 0100	39-Aut S	40-Data de Realização 11/11/2011	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura ACilinet
--	--	---------------------------	-------------------	-------------	----------------------------	------------------	---	-------------	-------------------------------------	--

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Foco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-001851001196		RESTAURAÇÃO RESINA	47 O 1	45 O 1	1	161000	0100	0100	S	11/11/2011	ACilinet
2-001851001196		RESTAURAÇÃO RESINA	45 O 1	45 O 1	1	161000	0100	0100	S	11/11/2011	ACilinet
3-001851001196		RESTAURAÇÃO RESINA									
4-001851001196		RESTAURAÇÃO RESINA									
5-001851001196		RESTAURAÇÃO RESINA									
6-001851001196		RESTAURAÇÃO RESINA									
7-001851001196		RESTAURAÇÃO RESINA									
8-001851001196		RESTAURAÇÃO RESINA									
9-001851001196		RESTAURAÇÃO RESINA									
10-001851001196		RESTAURAÇÃO RESINA									
11-001851001196		RESTAURAÇÃO RESINA									
12-001851001196		RESTAURAÇÃO RESINA									
13-001851001196		RESTAURAÇÃO RESINA									
14-001851001196		RESTAURAÇÃO RESINA									
15-001851001196		RESTAURAÇÃO RESINA									

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 1122100	47-Valor Total R\$ 0100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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), tiveram 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 12/11/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/2011
---	---	---	---

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/11/2011

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/11/2011