



Parâmetros para o sistema

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



425545
INTERCÂMBIO

1-Seqüência ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/11 11/210	4-Data de Autorização 12/3/11 11/210	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50207955	7-Data Validade da Série 12/1/10 12/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70600089358544
---------------------------	---	---	-----------------------	--	---	---

8-Data do Beneficiário 01/03/70 0000011668811514	9-Filho POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CORREA MIRANDA COM	11-Data Validade da Carteira 12/1/10 12/11	12-Nome do Titular do plano MARCIA JAQUELINE MOURA MIRANDA
---	--------------------------------	----------------------------------	---	---

13-Nome GERSON PINTO CORREA	23-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado 23/10/1961	14-Telefone ()	15-Número no CNO 22644	16-UF RJ	17-Código CBO S 801 -
16-Atendimento a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDREA BATISTA FERES	22-Nome do Contratado Executante ANDREA BATISTA FERES	23-Número no CNO 22644	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
27-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0117052117702	28-Nome do Profissional Executante ANDREA BATISTA FERES	27-Número no CNO 22644	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-1-Abel	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia-Participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Participação
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	90,00	0,00	0,00	0,00	12/3/11 11/210	1	0,00
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	90,00	0,00	0,00	0,00	12/3/11 11/210	1	0,00
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	90,00	0,00	0,00	0,00	12/3/11 11/210	1	0,00
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	90,00	0,00	0,00	0,00	12/3/11 11/210	1	0,00
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/3/11 11/210	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantos US 13160,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento odontológico e 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-Observações

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/3/11 11/210	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/3/11 11/210	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/3/11 11/210	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------