

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

306859
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/10 14:12:00	4-Data de Autorização 11/07/10 14:12:00	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7515878	7-Data Validade da Senha 11/07/10 17:12:00
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 100202525655700008403	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARIOVALDO COSTA PAULO CIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	13-Nome JOSE ARMANDO DO NASCIMENTO BEZERRA
14-Teléfono (111) 11111111	15-Nome do titular do plano CARLOS LUIS DE SIQUEIRA SILVA	16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KATIUCHA MANNA BELLASALMA	18-Número no CRO 14428	19-UF PR
20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1027904161970111	22-Nome do Contratado Executante KATIUCHA MANNA BELLASALMA	23-Número no CRO 14428	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante KATIUCHA MANNA BELLASALMA	27-Número no CRO 14428	28-UF PR	29-Código CBO S	30-UF PR	31-Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
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 Glosa
1-100185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	16110010		0,00	S	17/10/20	Exato
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11/11/11	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 Quantidade US 111111111111	47-Valor Total R\$ 111111111111	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 111111111111
--	--	---	--	------------------------------------	---

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 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 11/07/10 14:12:00	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/07/10 14:12:00	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/07/10 14:12:00	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11/11/11
--	--	--	---

Dr. Carlos Luis de Siqueira Silva