

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

311434
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/05/2010	4-Data de Autorização 08/05/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7550054	7-Data Validade da Senha 05/08/2010
8-Número da Carteira 0020202529186930000000102			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome EMILLY EDUARDA SILVEIRA			11-Data Validade da Carteira 11/11/11		
14-Telefone 19/07/2010			15-Nome do titular do plano ALEXANDRINA APARECIDA DA SILVA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PAULINE HENCK DA SILVA		18-Número no CRO 120897		19-UF SP		20-Código CBO S		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 141190511918809111		22-Nome do Contratado Executante PAULINE HENCK DA SILVA		23-Número no CRO 120897		24-UF SP		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante PAULINE HENCK DA SILVA		27-Número no CRO 120897		28-UF SP		29-Código CBO S		30-Código CBO S		31-Valor 0,25 - 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 da Glosa	42-Assinatura
1-0	18400090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	1		1	72,00	0,00			21/05/2010		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 20/05/2010	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 72,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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(ram) 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 21/05/2010, Inquarcitula	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/05/2010, Inquarcitula	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/05/2010, Pauline Henck S. Ramos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/05/2010, Cirurgião Dentista
---	---	---	---