



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº

300236
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
 2-Data de Emissão de Guia 11/2010/03/12/01
 3-Senha AUTORIZADO
 4-Data de Autorização 19/10/13/12/01
 5-Número da Guia Principal 7476129
 6-Data Validade da Senha 10/10/16/12/01

Delegado do Beneficiário
 10-Número da Carteira 10020215105060117874011
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome DENIO FERNANDES VERNEQUE
 14-Telefone
 15-Nome do titular do plano DENIO FERNANDES VERNEQUE

16-Atendimento a RN ONO
 17-Nome do Profissional Solicitante
 18-Número no CRO 71794
 19-UF SP
 20-Código CBO S 01
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF MARCELO DE OLIVEIRA NEVES
 22-Nome do Contratado Executante
 23-Número no CRO 71794
 24-UF SP
 25-Código GNES
 26-Data de Realização do Tratamento 26/09/1971
 27-Número no CRO 71794
 28-UF SP
 29-Código CBO S

30-Tabéla 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

30-Tabéla	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	018151001196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	L	1	61,00	0,00	0,00	S	19/10/13	[Assinatura]
2-0	018151001196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00	0,00	S	19/10/13	[Assinatura]
3-0	018151001196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00	0,00	S	19/10/13	[Assinatura]
4-0	018151001196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	0,00	S	19/10/13	[Assinatura]
5-0											
6-0											
7-0											
8-0											
9-0											
10-0											
11-0											
12-0											
13-0											
14-0											
15-0											

43-Data Previsto Término do Tratamento
 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 244,00
 47-Valor Total R\$ 244,00
 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ler 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 19/10/13
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/10/13
 52-Data, local e Assinatura do Responsável / Representativo 19/10/13
 53-Data, local e Caimbio de Empresa