

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



391538  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/17/11/2010	4-Data de Autorização 10/8/11/2010	5-Senha AUTORIZADO
Dados do Beneficiário		6-Número da Guia Principal 50197626	
7-Data Validação da Sessão 10/5/10/11/21		8-Número da Carteira 10/0/3/7/0/0/0/0/0/1/6/1/6/0/3/9/0/1/1	
9-Promoção POS REDE PRESTADORA		10-Empresa NIKMAR REPRESENTAC	

11-Data Validação da Carteira 11/1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709609619763877
13-Nome NICOLLE DUQUE PEREIRA	
14-Telefone (11) 6162912671911111	
15-Nome do Itinerário do plenário MARCIA VANUSA DUQUE PEREIRA	

16-Aprendizado Responsável pelo Tratamento N	17-Nome do Profissional Solicitante BERNARDO CAMPOS MACHADO	18-Número no CRO 37194	19-UF RJ	20-Código GBOS 25-Código CNES
21-Código na Operadora / CNP/ CPF 11162912671911111111		22-Número do Consultado Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO	23-Número no CRO 37194	24-UF RJ
		25-Código CBO/S 29-Código CBO/S	27-Número no CRO 37194	28-UF RJ

801 -  
Faturar Empresa

Painel de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-AUT	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0/0/1/8/1/0/0/0/0/16/5/1/1	CONSULTA ODONTOLOGICA				1		147,00	10,00	1	11/10/2010		
2-0/0/1/8/1/3/0/0/0/14/7/1/1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		1	13,8,0,0	0,0	0,0	1	11/10/2010	11/10/2010	11/10/2010
3-0/0/1/8/1/3/0/0/0/14/7/1/1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		1	3,8,0,0	0,0	0,0	1	11/10/2010	11/10/2010	11/10/2010
4-0/0/1/8/1/3/0/0/0/14/7/1/1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		1	3,8,0,0	0,0	0,0	1	11/10/2010	11/10/2010	11/10/2010
5-0/0/1/8/1/3/0/0/0/14/7/1/1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD	1		1	3,8,0,0	0,0	0,0	1	11/10/2010	11/10/2010	11/10/2010
6-1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1												
7-1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1												
8-1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1												
9-1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1												
10-1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1												
11-1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1												
12-1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1												
13-1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1												
14-1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1												
15-1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1												

43-Data Prevista Termínio do Tratamento 11/11/11/11/11/11	44-Tipo de Aprendizado 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1199,00	47-Valor Total RS 10,00	48-Total Franquia /Co-participação RS
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/10/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Representante 10/10/2010	53-Data, local e Cântimo da Empresa 10/10/2010		

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecida 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 de forma saudável. 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