

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



311932
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/05 11/20	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50162851	7-Data Validade da Sentença 10/9/11 01/8/11 20
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 1010317010100023562105	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706700512403519
13-Nome NUBIA DE OLIVEIRA CARDOSO DA S	14-Data 10/04/1983	14-Teléfono (111) 11111111	15-Nome do titular do plano NUBIA DE OLIVEIRA CARDOSO DA S	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO CARVALHO DA SILVA	18-Número no CRO 27455	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10711501243703	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA	23-Número no CRO 27455	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA		27-Número no CRO 27455	28-UF RJ	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															33-Dente/Régulo	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-Tabela	31-Código do Procedimento														32-Descrição																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
1-	0	0	0	1	0	0	0	6	5	CONSULTA ODONTOLÓGICA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Tipo de Faturamento US 1-17810101	47-Valor Total R\$ 1010101	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11111111
--	--	---	---	-------------------------------	---

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 meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/05 11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/11/05 11/20 x Nubia O. C. Silva	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/05 11/20 x Nubia O. C. Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---------------	---	---	---	---