



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



419812
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/11 11/12/10	4-Data de Autorização 11/06/11 11/12/10	5-Servico AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50206396	7-Data Validade da Sanha 11/04/10 12/12/11
--------------------------	--	--	-------------------------	--	---

8-Número da Carteira 0003700000001243848		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa D L K ANALISE E PR	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004652494159
13-Nome LUCAS DE OLIVEIRA KANECO		14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano DILSON JOSE KANECO		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante VERONICA BARBOSA DE AZEVEDO CRUZ		18-Número no CRO 21231	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 00908217773		22-Nome do Contratado Executante VERONICA BARBOSA DE AZEVEDO CRUZ		23-Número no CRO 21231	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante VERONICA BARBOSA DE AZEVEDO CRUZ				27-Número no CRO 21231	28-UF RJ	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faco	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	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	47,00	0,00	0,00	11/09/11	09/11/20	
2-0	0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	1	1	1	51,00	0,00	0,00	11/09/11	09/11/20	
3-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	12,00	0,00	0,00	11/09/11	09/11/20	
4-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	12,00	0,00	0,00	11/09/11	09/11/20	
5-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	12,00	0,00	0,00	11/09/11	09/11/20	
6-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	12,00	0,00	0,00	11/09/11	09/11/20	
7-1	1										
8-1	1										
9-1	1										
10-1	1										
11-1	1										
12-1	1										
13-1	1										
14-1	1										
15-1	1										

43-Data Previsto 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-Total Quantidade US 146,00	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(foram) realizado(s), 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 09/11/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 09/11/11/20	52-Data, local e Assinatura do Responsável 09/11/11/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 09/11/11/20	54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 09/11/11/20
---------------	--	--	---	---	---