



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 04/12/2010 4-Data de Autorização 04/12/2010 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50210914 7-Data Validade da Semeta 04/03/2011

434669

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994066017367

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa VALCIRLEI DA COSTA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700103883423290

13-Nome VALCIRLEI DA COSTA MESSIAS

13/08/1975

14-Telefone

15-Nome do titular do plano VALCIRLEI DA COSTA MESSIAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante HAROLDO PEREIRA COELHO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43067557700 22-Nome do Contratado Executante HAROLDO PEREIRA COELHO

18-Número no CRO 22192 23-Número no CRO 22192

19-UF RJ 24-UF RJ

20-Código CBO S 25-Código CNES

Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421- (1) 81000421-

26-Nome do Profissional Executante HAROLDO PEREIRA COELHO

27-Número no CRO 22192

28-UF RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	47,00	0,00	0,00	S	04/12/2010		
2	00	84000019	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	12,00	0,00	0,00	S	04/12/2010		
3	00	84000019	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	12,00	0,00	0,00	S	04/12/2010		
4	00	84000019	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	12,00	0,00	0,00	S	04/12/2010		
5	00	84000019	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	12,00	0,00	0,00	S	04/12/2010		
6	00	85100019	RESTAURAÇÃO RESINA		1	9,00	0,00	0,00	S	04/12/2010		
7	00	85100019	RESTAURAÇÃO RESINA		1	9,00	0,00	0,00	S	04/12/2010		
8	00	85100019	RESTAURAÇÃO RESINA		1	9,00	0,00	0,00	S	04/12/2010		
9	00	85100019	RESTAURAÇÃO RESINA		1	9,00	0,00	0,00	S	04/12/2010		
10	00	85100019	RESTAURAÇÃO RESINA		1	9,00	0,00	0,00	S	04/12/2010		
11	00	85100019	RESTAURAÇÃO RESINA		1	9,00	0,00	0,00	S	04/12/2010		
12	00	81000042	RX PERIAPICAL		1	28,00	0,00	0,00	S	04/12/2010		
13	00	81000042	RX PERIAPICAL		1	28,00	0,00	0,00	S	04/12/2010		
14												
15												

43-Data de emissão do Tratamento 04/12/2010 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 691,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 e contrair. 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 04/12/2010

51-Data e Assinatura do Profissional Dentista 04/12/2010

52-Data e Assinatura do Profissional Responsável 04/12/2010

53-Data e Assinatura do Profissional Responsável 04/12/2010

02/01/21