

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

496411
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2011	4-Data de Autorização 17/10/2011	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8376794	7-Data Validade da Sentença 09/10/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 00202535940600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA
13-Nome CIBELE MARIA DÁ SILVA	14-Data de Nascimento 06/09/1987
15-Nome do titular do plano CIBELE MARIA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IRANI XAVIER DE SOUZA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 381816039104	22-Nome do Contratado Executante IRANI XAVIER DE SOUZA
28-Nome do Profissional Executante IRANI XAVIER DE SOUZA	29-Código CBO S 9636

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		30-Quantidade US	31-Valor	32-Franchising/Co-participação R\$	33-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Assistência
30-Descrição	31-Faixa	32-Quantidade US	33-Valor	34-Franchising/Co-participação R\$	35-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Assistência
1-CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	34,00	34,00	0,00	1	17/10/2011	20500
2-RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36,00	36,00	0,00	1	17/10/2011	20500
3-RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36,00	36,00	0,00	1	17/10/2011	20500
4-RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36,00	36,00	0,00	1	17/10/2011	20500
5-RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36,00	36,00	0,00	1	17/10/2011	20500
6-							
7-							
8-							
9-							
10-							
11-							
12-							
13-							
14-							
15-							

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-Total Quantidade US 1178,00	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franchising / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/10/2011	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Representante 17/10/2011	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/2011
---------------	---	---	---

CRIO - DF 9636