



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



478486
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414		3-Data de Emissão da Guia 11/02/2011		4-Data de Autorização 18/02/2011		5-Senha AUTORIZADO		6-Número de Guia Principal 8304122		7-Data Validação da Guia 18/02/2011																															
Dados do Beneficiário																																									
8-Número da Carteira 101202151356119800001010101												9-Fluxo POS REDE PRESTADORA		11-Data Validade da Carteira 11/02/2011		12-Número do Cartão Nacional da Saúde																									
13-Nome CRISTIANE APARECIDA CALIXTO												01/11/1979		14-1 Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano CRISTIANE APARECIDA CALIXTO																									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																																									
16-Adm. e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ROC RADIOLOGIA ODONTOLOGICA		18-Número no CNO 35532		19-UF MG		20-Código CBO 3 09		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000405 (I) 81000421-																															
21-Código na Odenora / CNP / CNP 101514816181613		22-Nome do Contratado Encarregado LUIZ RENATO RODRIGUES FERNANDES		23-Número no CNO 35532		24-UF MG		25-Código CBO 3 09																																	
26-Nome do Profissional Encarregado LUIZ RENATO RODRIGUES FERNANDES												27-Número no CNO 35532		28-UF MG		29-Código CBO 3 09																									
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																																									
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dentista/Região		34-Faixa		35-Cid		36-Quantidade US		37-Viajar		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Moeda da Guia 42-Assinatura																			
1-00		81000421		RX PERIAPICAL		RMSD		1		14		0,00		0,00		0,00		S		18/02/2011		42																			
2-00		81000421		RX PERIAPICAL		RMSE		1		14		0,00		0,00		0,00		S		18/02/2011		42																			
3-00		81000421		RX PERIAPICAL		RMIE		1		14		0,00		0,00		0,00		S		18/02/2011		42																			
4-00		81000421		RX PERIAPICAL		RMID		1		14		0,00		0,00		0,00		S		18/02/2011		42																			
5-00		81000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA				1		7		8		0,00		0,00		S		18/02/2011		42																			
6-00																																									
7-00																																									
8-00																																									
9-00																																									
10-00																																									
11-00																																									
12-00																																									
13-00																																									
14-00																																									
15-00																																									
43-Dados Previstos no Tratamento												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 Quantia US 134,00		47-Valor Total R\$ 10,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00																					
49-Observação																																									
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações 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), followed 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.																																									
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/02/2011												51-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 18/02/2011										52-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 18/02/2011										53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/02/2011									