

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



498650
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/03/2011	5-Semeta PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 498650	7-Data Validade da Semeta 12/06/2011	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202524774600050102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa KRONA TUBOS E CONEXÕES DO	11-Data Validade da Carteira	12-Data Validade da Semeta	13-Data Validade da Semeta
13-Nome DANIELE SANTOS DE OLIVEIRA FAUSTINO					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano EVERTON RODRIGO FAUSTINO					

16-Atendimento a RU N	17-Nome do Profissional Solicitante JEFFERSON FERNANDO MARTINS	18-Número no CRO 3297	19-UF AL	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19123401261872	22-Nome do Contratado Executante JEFFERSON FERNANDO MARTINS	23-Número no CRO 3297	24-UF AL	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante JEFFERSON FERNANDO MARTINS	27-Número no CRO 3297	28-UF AL	29-Código CBO S	30-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados														

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	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
1-	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	37		1	34,00				14/03/2011		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	1- Total 2- Parcial	34,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, 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(ram) 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
Paciente com dor em elemento 37, acesso e medicação (nimesulida - Dipirona).	14/03/2011 Daniele Faustino	14/03/2011 Daniele Faustino	14/03/2011 Daniele Faustino	