

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

423498
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/01/11 11/20		4-Data de Autorização 12/01/11 11/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8071981		7-Data Validade da Senha 11/01/12 11/21											
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
8-Número da Carteira 0002025083500000521011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa MADERO COMERCIO DE		11-Data Validade da Carteira		15-Nome do titular do plano LEANDRO JESUS SILVA DOS SANTOS		16-Atendimento a RN BRUNA DA SILVA OLIVEIRA											
13-Name LEANDRO JESUS SILVA DOS SANTOS		25/05/1978		14-Telefone		18-Número no CRO 26161		19-UF RS		20-Código CBO S 025 -											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18145765370911		22-Name do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA		23-Número no CRO 26161		24-UF RS		25-Código CNES		Faturar Empresa											
26-Name do Profissional Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA		27-Número no CRO 26161		28-UF RS		29-Código CBO S		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa		42-Assinatura					
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Old		36-Quantidade US		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa		42-Assinatura	
1-00181000049		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3400		0100		0100		0100		0100		0100		0100		0100	
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\$		49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
11/11/11 11/20		1-1-Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-Urgência/Emergência		11/11/11 11/20		3400		0100		0100		0100		0100	

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 o 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
11/11/11 11/20 BRUNA OLIVEIRA
Cirurgia Dentista
CRO/RS 26161

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 11/20 BRUNA OLIVEIRA
Cirurgia Dentista
CRO/RS 26161

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/20 LEANDRO JESUS SILVA DOS SANTOS
Beneficiário

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11 11/20