

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



379792
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/09 12:01	4-Data de Autorização 11/3/11 10:21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7888757	7-Data Validade da Senha 12/01/12 12:01
8-Número da Carteira 1010220252111855000726021			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome LUCIANA SIMPLICIO MACHADO			13/07/1993	14-Telefone () - - - - -	15-Data Validade da Senha 12/01/12 12:01
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO	18-Número no CRO 41157	19-UF MG	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1329384988101	22-Nome do Contratado Executante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO	23-Número no CRO 41157	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO	27-Número no CRO 41157	28-UF MG	29-Código CBO S		

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 Guia	42- Assinatura
1-10	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	10,00		11	13/10/20		
2-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,60	10,00		11	13/10/20		
3-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,60	10,00		11	13/10/20		
4-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,60	10,00		11	13/10/20		
5-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,60	10,00		11	13/10/20		
6-10												
7-10												
8-10												
9-10												
10-10												
11-10												
12-10												
13-10												
14-10												
15-10												

43-Data Previsto 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 Franquia / Co-participação R\$ 11,00
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 13/11/2011 Luciana Simplicio	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/11/2011
---	---	---	---

Ceol Serviços
Odontológicos S. S. Ltda
1474 706 000 165