

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



414017
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/11/2011	4-Data de Autorização 20/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8032087	7-Data Validade da Sanha 05/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 001202508835000234101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MADERO COMERCIO DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	----------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome CILINETE SOUZA DOS SANTOS	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano CILINETE SOUZA DOS SANTOS
--------------------------------------	------------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IRANI XAVIER DE SOUZA	18-Número no CRO 9636	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13181181603191104111	22-Nome do Contratado Executante IRANI XAVIER DE SOUZA	23-Número no CRO 9636	24-UF DF	25-Código CINES
26-Nome do Profissional Executante IRANI XAVIER DE SOUZA	27-Número no CRO 9636	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade US	34-Face	35-Qtd	36-Valor	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0018110000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	S	20/11/2011	Cilinet
2-0018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	20/11/2011	Cilinet
3-0018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	20/11/2011	Cilinet
4-0018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	20/11/2011	Cilinet
5-0018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	20/11/2011	Cilinet
6-0018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	20/11/2011	Cilinet
7-0018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	20/11/2011	Cilinet
8-0018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	20/11/2011	Cilinet
9-0018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	20/11/2011	Cilinet
10-0018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	20/11/2011	Cilinet
11-0018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	20/11/2011	Cilinet
12-0018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	20/11/2011	Cilinet
13-0018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	20/11/2011	Cilinet
14-0018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	20/11/2011	Cilinet
15-0018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	20/11/2011	Cilinet

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	---	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

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), tiveram 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 20/11/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa Cirurgia Dental
---	---	---	--

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), tiveram 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.