

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2012	4-Data de Autorização 12/11/2012	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9600679	7-Data Validade da Sineta 11/05/12	881594 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------

Dados do Beneficiário		Dados da Empresa		Dados do Plano	
8-Número da Carteira 1002025265682000333011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALECSANDRO MACHADO		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano ALECSANDRO MACHADO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		Dados do Plano		Dados da Empresa	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR	18-Número no CRO 7397	19-UF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 191365271717211	22-Nome do Contratado Executante FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR	23-Número no CRO 7397	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR	27-Número no CRO 7397	28-UF SC	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0008530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/11/2012	22	
2-1008530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/11/2012	22	
3-0008530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/11/2012	22	
4-1008530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/11/2012	22	
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Valor Total R\$ 1144,00	47-Valor Total R\$ 1144,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	-------------------------------	-------------------------------	---

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) 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2012	53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/11/2012
---	---	---	--