

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ANº

369120
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2012	4-Data de Autorização 03/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50188970	7-Data Validade da Guia 02/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	---------------------------------------

8-Número da Carteira 00317000000300043770		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CRISTINA RIBEIRO F	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706403609662883
13-Nome ARTHUR FERNANDES SILVA		14-Telefone () -	15-Data Validade da Carteira () -	16-Data Validade da Carteira / /	
17-Data Validade da Carteira 15/07/2007		18-Data Validade da Carteira / /			

19-UF RJ		20-Código CBO S 8132		21-UF RJ		22-Código CNES 8132		23-UF RJ		24-Código CBO S 8132	
25-UF RJ		26-UF RJ		27-UF RJ		28-UF RJ		29-UF RJ		30-UF RJ	

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
1-0108100000300	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	1	34,00	0,00	0,00	S	10/03/2012	3
2-0108100000900	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	1	1	1	1	7,20	0,00	0,00	S	10/03/2012	3
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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/foram realizado(s) com meu consentimento e da 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 10/03/2012 Marilene J. Cunha	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 10/03/2012 Marilene J. Cunha	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/2012 Arthur Fernandes Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--

Dra. Marilene Moreira Cunha
ORTODONTIA E ODONTOPEDIATRIA
CRO/RJ 8132