

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

392619
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 08/11/2010		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50197898		7-Data Validade da Senha 06/10/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702607753432244	
8-Número da Carteira 00379914063567935		4-Data de Autorização 08/11/2010		5-Senha AUTORIZADO		10-Empresa PROTEST ADMINISTRA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		13-Número do Cartão Nacional de Saúde 702607753432244	
13-Nome CLARA ALMEIDA RESENDE DE SOUZA		14-Plano POS REDE PRESTADORA		15-Data 05/01/1994		16-Telefone () - - - - -		17-Nome do titular do plano CLARA ALMEIDA RESENDE DE SOUZA		18-Data Validade da Carteira 11/11/11	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante VICTOR FIGUEIREDO RESENDE		18-Número no CRO 42439		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -		21-Data Validade da Carteira 11/11/11	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13246907714		22-Nome do Contratado Executante VICTOR FIGUEIREDO RESENDE		23-Número no CRO 42439		24-UF RJ		25-Código CMES		26-Data Validade da Carteira 11/11/11	
26-Nome do Profissional Executante VICTOR FIGUEIREDO RESENDE		27-Número no CRO 42439		28-UF RJ		29-Código CBO S		30-Data Validade da Carteira 11/11/11		31-Data Validade da Carteira 11/11/11	
30-Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Régulo		34-Fase		35-Qtd	
1-0101811000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA				1		1		34,00	
2-0101814000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HASD		1		1		35,00	
3-0101814000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HAID		1		1		35,00	
4-0101814000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HAIE		1		1		35,00	
5-0101814000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE		1		1		35,00	
6-0101814000198											
7-0101814000198											
8-0101814000198											
9-0101814000198											
10-0101814000198											
11-0101814000198											
12-0101814000198											
13-0101814000198											
14-0101814000198											
15-0101814000198											
43-Data Prevista Término do Tratamento 16/11/2010		44-Tipo de Atendimento 1-1		45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial		46-Total Quantitativo US 1174,00		47-Valor Total R\$ 10,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, fisco, custos e atendimento, declaro, que não tenho nenhuma objeção (s) em relação ao tratamento odontológico proposto, e por minha vontade própria, autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento odontológico proposto. 49-Observação											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/11/2010, Curitiba, PR		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/2010, Curitiba, PR		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/2010, Curitiba, PR		53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que não tenho nenhuma objeção (s) em relação ao tratamento odontológico proposto, e por minha vontade própria, autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento odontológico proposto.		54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que não tenho nenhuma objeção (s) em relação ao tratamento odontológico proposto, e por minha vontade própria, autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento odontológico proposto.		55-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que não tenho nenhuma objeção (s) em relação ao tratamento odontológico proposto, e por minha vontade própria, autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento odontológico proposto.	