

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

432873
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
0 2 / 1 0 3 / 1 2 1

6-Número da Guia Principal
811218

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
0 3 / 1 1 2 / 1 2 0

3-Data de Emissão da Guia
0 2 / 1 1 2 / 1 2 0

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 3 2 9 0 1 7 0 0 0 0 1 0 1 1

11-Data Validade da Carteira
/ / / / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
RITCHIE CASSIO CARVALHO

14-Teléfono
() / / / / / /

15-Nome do titular do plano
RITCHIE CASSIO CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA

18-Número no CRO
2411

19-UF
RJ

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1 8 1 5 7 1 5 1 6 0 6 7 2

22-Nome do Contratado Executante
JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA

23-Número no CRO
2411

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA

27-Número no CRO
2411

28-UF
RJ

29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rugião	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
1-0	0 1 8 2 0 0 0 1 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	22	1	1	7 3 1 0 0	0,00	0,00	0	01/03/2011	Ritchie
2-0	0 1 8 2 0 0 0 1 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	23	1	1	7 3 1 0 0	0,00	0,00	0	01/03/2011	Ritchie
3-0	0 1 8 2 0 0 0 1 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	12	1	1	7 3 1 0 0	0,00	0,00	0	01/03/2011	Ritchie
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											
34											
35											
36											
37											
38											
39											
40											
41											
42											
43											
44											
45											
46											
47											
48											
49											
50											
51											
52											
53											
54											
55											
56											
57											
58											
59											
60											
61											
62											
63											
64											
65											
66											
67											
68											
69											
70											
71											
72											
73											
74											
75											
76											
77											
78											
79											
80											
81											
82											
83											
84											
85											
86											
87											
88											
89											
90											
91											
92											
93											
94											
95											
96											
97											
98											
99											
100											

43-Data Prevista Término do Tratamento
0 3 / 1 1 2 / 1 2 0

44-Tipo de Atendimento
1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1- Total 2- Parcial

46-Total Quantidade US
2 1 9 0 0

47-Valor Total R\$
0 0 0 0 0

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0 0 0 0 0

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), foram realizado(s) com meu conhecimento 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
0 3 / 1 1 2 / 1 2 0

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
0 3 / 1 1 2 / 1 2 0

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
0 3 / 1 1 2 / 1 2 0

53-Data, local e Carimbo da Empresa
0 3 / 1 1 2 / 1 2 0

54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
0 3 / 1 1 2 / 1 2 0

Ritchie Cassio Carvalho