

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

415791
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
10/08/2012 12:11

16-Número da Guia Principal
50205063

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/01/11 11:20

3-Data de Emissão da Guia
11/01/11 11:20

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira
1003799940599239601

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
ALESSANDRA MATHIAS

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
898004134710172

13-Nome
ANA BEATRIZ VITORIA OLIVEIRA D

14-Telefone
()

15-Nome do titular do plano
ALESSANDRA MATHIAS OLIVEIRA DE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
MARILENE MOREIRA CUNHA

18-Número no CRO
8132

19-UF
RJ

20-Código CBO S
8132

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF
1451760381768

22-Nome do Contratado Executante
MARILENE MOREIRA CUNHA

23-Número no CRO
8132

24-UF
RJ

25-Código CINES
8132

26-Nome do Profissional Executante
MARILENE MOREIRA CUNHA

27-Número no CRO
8132

28-UF
RJ

29-Código CBO S
8132

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
1-01018110000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00		10/11/11	10/11/11
2-01018140000090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	72,00	0,00	0,00		10/11/11	10/11/11
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/11	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1106,00	0,00	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 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
11/11/11 12:10 Jean Carlos de Góes

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 11:12 Dra. Marilene Moreira Cunha

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11:12 Ana Beatriz Vitoria Oliveira D

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