

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



301151
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/2010	4-Data de Autorização 13/03/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50158818	7-Data Validade da Senha 11/06/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MALHEIROS INSPCOE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702806134428861
8-Número da Carteira 00379994063388976		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ALVARO DOS SANTOS MALHEIROS	
3-Nome ALVARO DOS SANTOS MALHEIROS		14-Data de Nascimento 24/10/1963			

6-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA CARDOSO PEREIRA BATISTA		18-Número no CRO 27723	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa
2-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09275672709		22-Nome do Contratado Executante JULIANA CARDOSO PEREIRA BATISTA		23-Número no CRO 27723	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85300039-011 (I) 85300039-012
8-Nome do Profissional Executante JULIANA CARDOSO PEREIRA BATISTA		27-Número no CRO 27723		28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 85300039-014 (I) 85300039-013	

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	00853000039	RASPAGEM SUB-	HASD		1	44,00	0,00		S	18/03/20		
2	00853000039	RASPAGEM SUB-	HAID		1	44,00	0,00		S	18/03/20		
3	00853000039	RASPAGEM SUB-	HAIE		1	44,00	0,00		S	18/03/20		
4	00853000039	RASPAGEM SUB-	HASE		1	44,00	0,00		S	18/03/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 176,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/03/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/03/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/03/2010
---------------	--	---	---	---