

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

420051
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 16/11/2011		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50206475		7-Data Validade da Senha 14/02/2011	
8-Número da Carteira 003799406430359		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa GRANIHIC SERVICES S		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Contrato Nacional de Saúde 709803017030297	
13-Nome RUBENS PEREIRA SILVA		30/05/1984		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano RUBENS PEREIRA SILVA			
16-Matricula a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS		18-Número no CRO 19222		19-UF BA		20-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 062226950611		22-Nome do Contratado Executante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS		23-Número no CRO 19222		24-UF BA		25-Código CMES	
26-Nome do Profissional Executante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS		27-Número no CRO 19222		28-UF BA		29-Código CBO S		801 - Faturar Empresa	

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
1-0	0185301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	S	16/11/2011	[Assinatura]
2-0	0185301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	S	16/11/2011	[Assinatura]
3-0	0185301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	S	16/11/2011	[Assinatura]
4-0	0185301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	S	16/11/2011	[Assinatura]
5-0											
6-0											
7-0											
8-0											
9-0											
10-0											
11-0											
12-0											
13-0											
14-0											
15-0											

43-Data Prevista Término do Tratamento 16/11/2011	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$	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), 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 16/11/2011 Aline Monteiro Cirurgiã - Dentista CRO BA: 19222	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 16/11/2011 Rubens Pereira Silva Cirurgião - Dentista CRO BA: 19222	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/2011 Rubens Pereira Silva Beneficiário / Responsável
--	---	--