

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



361763
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/08 12:01	4-Data de Autorização 12/14/08 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50173459	7-Data Validade da Senha 12/18/09 12:01
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 101037101000030718167301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALIVIDA COMAER	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 8980004855309828	
13-Nome DELMA CRISTINA PEREIRA DA SILVA	14-Teléfono ()	15-Nome do titular do plano DELMA CRISTINA PEREIRA DA SILVA			

Dados de Contrato Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA	18-Número no CRO 31345	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10547163118712	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA	23-Número no CRO 31345	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200140-14
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA	27-Número no CRO 31345	28-UF RJ	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										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							
30-Tabela	31-Código do Procedimento																									
1-	0	0	8	5	2	0	0	1	4	0		1		3	3	3	0	0	0	24/10/08	12	0	3	0	6	8
2-																										
3-																										
4-																										
5-																										
6-																										
7-																										
8-																										
9-																										
10-																										
11-																										
12-																										
13-																										
14-																										
15-																										

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 333001	47-Valor Total R\$ 000000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000000
--	--	---	----------------------------------	------------------------------	---

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 Atualizado USO dentista da guia via planilha. Atualizado USO beneficiário da guia via planilha. Atualizado USO dentista da guia via planilha. Atualizado	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/10/08 12:01 monique ferreira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/08 12:01 monique ferreira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/08 12:01	53-Data, local e Carimbo de Empresa 24/10/08 12:01
---	--	--	---	---