



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



387012

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/09/2012	4-Data de Autorização 02/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7923798	7-Data Validade da Senha 29/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511562300001901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RPC CREDENCIAMENTOS LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome OTAVIO AUGUSTO BEZERRA GOMES	14-Telefone (67) 92811587	15-Nome do titular do plano OTAVIO AUGUSTO BEZERRA GOMES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CARLA DA COSTA LIMA	18-Número no CRO 6497	19-UF MS	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CRR 05183581940	22-Nome do Contratado Executante ANA CARLA DA COSTA LIMA	23-Número no CRO 6497	24-UF MS	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA CARLA DA COSTA LIMA	27-Número no CRO 6497	28-UF MS	29-Código CBO S	

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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	D	1	61,00	0,00		S	14/10/2012		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	14/10/2012		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	61,00	0,00		S	14/10/2012		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 14/10/2012	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 183,00	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 realização 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(ram) realizado(s) em meu consentimento e de forma satisfatória para a operação 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 no contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/10/2012 Ana Carla C. Lima - CRMMS 6497	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/10/2012 Ana Carla C. Lima - CRMMS 6497	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/2012 Otavio Augusto Bezerra Gomes	53-Data, local e Assinatura da Empresa 14/10/2012 Ana Carla C. Lima - CRMMS 6497
---------------	--	--	--	---