

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



414006
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/11 11/20	4-Data de Autorização 10/07/11 11/20	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50204534	7-Data Validade da Serina 10/05/10 12/12/11
--------------------------	---	---	------------------------	--	--

8-Número da Carteira 00037994061519518	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa VARGAS DESENTUPIDO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708101548528535
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome GLAUCIA LOPES TRINDADE	20/04/1978	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GLAUCIA LOPES TRINDADE
-----------------------------------	------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SHIRLEY COELHO GONCALVES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1018289097010	22-Nome do Contratado Executante SHIRLEY COELHO GONCALVES
26-Nome do Profissional Executante SHIRLEY COELHO GONCALVES	27-Número no CRO 19918
	28-UF RJ
	29-Código CBO S

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		
1-00	0	8	5	3	0	0	0	1	2			1	0	0	0		0	0	0		S	30	11	20		
2-00	0	8	5	3	0	0	0	1	2			1	0	0	0		0	0	0		S	30	11	20		
3-00	0	8	5	3	0	0	0	1	2			1	0	0	0		0	0	0		S	30	11	20		
4-00	0	8	5	3	0	0	0	1	2			1	0	0	0		0	0	0		S	30	11	20		
5-00	0	8	5	3	0	0	0	1	2			1	0	0	0		0	0	0		S	30	11	20		
6-00	0	8	5	3	0	0	0	1	2			1	0	0	0		0	0	0		S	30	11	20		
7-00	0	8	5	3	0	0	0	1	2			1	0	0	0		0	0	0		S	30	11	20		
8-00	0	8	5	3	0	0	0	1	2			1	0	0	0		0	0	0		S	30	11	20		
9-00																										
10-00																										
11-00																										
12-00																										
13-00																										
14-00																										
15-00																										

43-Data Previsto 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\$	
			1-1-Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		1-Total 2-Parcial				
					3-Ortodontia						
					4-Urgência/Emergência						
		</									

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 80,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que c(c) 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/20 Shirley Coelho Gonçalves	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--