

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



362006
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012	4-Data de Autorização 12/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50186040	7-Data Validade da Senha 12/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00373201000145009	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PEDRO II PL.PART.	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700005721784002
---	--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome
MAURA GOMES DOS SANTOS

09/03/1956

14-Telefone
(21) 97154-0509

15-Nome do titular do plano
MAURA GOMES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ROBERTA BORGES PINHEIRO

18-Número no CRO
32943

19-UF
RJ

20-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

10208688722

22-Nome do Contratado Executante

ROBERTA BORGES PINHEIRO

23-Número no CRO
32943

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

ROBERTA BORGES PINHEIRO

27-Número no CRO
32943

28-UF
RJ

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
1-00	81000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00		S	22/08/2012		
2-00	82001030	INCISÃO E DRENAGEM INTRA-	47		1	8,00	0,00		S	22/08/2012		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento

22/10/2012

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

42,00

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 no 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

09/03/1956
29680239430

Plano odontológico + drenagem + prescrit

25.331.829/0001-06

DENTIMPLANTE ODONTOLOGIA
URGÊNCIA 24 HORAS

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

22/10/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

22/10/2012

CRO: 32943

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

22/10/2012

53-Data, local e Carimbo da Empresa

22/10/2012

Rua Dias da Cruz, 720

Méier - CEP 20720-013

Rio de Janeiro - RJ

Mauro G. Santos