

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AP

389308
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 50196680	7-Data Validade da Senha 03/10/11
--------------------------	---	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379940619192949	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONSULPRI CONSULTO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707605208610694
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome

RODRIGO DE SOUZA PAIXAO

29/04/1986

RODRIGO DE SOUZA PAIXAO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA COSTA DA SILVA	18-Número no CRO 41376	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / DNEP / CPF 14533385788	22-Nome do Contratado Executante JULIANA COSTA DA SILVA	23-Número no CRO 41376	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante

JULIANA COSTA DA SILVA

27-Número no CRO
41376

28-UF
RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			05/11/2012	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 34,00	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 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/11/2012 Juliana C. de Silva	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/2012 Juliana C. de Silva	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/2012 Juliana C. de Silva	53-Data, local e Assinatura da Empresa 05/11/2012 Juliana Costa Cirurgiã/Dentista CRO: 41376
---	---	---	---