



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

320834
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/06/2012	4-Data de Autorização 10/06/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7615373	7-Data Validade da Borda 02/09/2012								
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 0102025110272200074601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde									
13-Nome EDSON RODRIGUES LIMA JUNIOR		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDSON RODRIGUES LIMA JUNIOR										
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE MAQUINE PASCARELI	18-Número no CRO 4530	19-UF AM	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa								
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 010356324290	22-Nome do Contratado Executante ALINE MAQUINE PASCARELI	23-Número no CRO 4530	24-UF AM	25-Código CNES									
26-Nome do Profissional Executante ALINE MAQUINE PASCARELI		27-Número no CRO 4530	28-UF AM	29-Código CBO S									
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Conta/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assin	
1-01018101000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA				314,00				22/06/2012		Edson	
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsto Término do Tratamento 22/06/2012						44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 314,00		47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 do contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, 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, 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 22/06/2012 Aline Pascale				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/06/2012 Aline Pascale				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/06/2012 Edson				53-Data, local e Carimbo da Empresa	