

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



409384
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 3/0/11 10/12/0 4-Data de Autorização 13/0/11 10/12/0 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50202963 7-Data Validade da Senha 12/8/10 11/2/11

8-Número da Carteira 10/0/3/7/2/2/1/8/0/0/1/8/6/0/0/6 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ASBAC 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703206625365995

13-Nome EDSON FERREIRA AMOR DIVINO 01/01/1981 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano EDSON FERREIRA AMOR DIVINO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante SHIRLEY COELHO GONCALVES 18-Número no CRO 19918 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0118289109700 22-Nome do Contratado Executante SHIRLEY COELHO GONCALVES 23-Número no CRO 19918 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante SHIRLEY COELHO GONCALVES 27-Número no CRO 19918 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-Cidc	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 3 0 0 0 1 2	34		1	1 0,0 0	0,0 0					
2-0	0	8 5 3 0 0 0 1 2	35		1	1 0,0 0	0,0 0					
3-0	0	8 5 3 0 0 0 1 2	36		1	1 0,0 0	0,0 0					
4-0	0	8 5 3 0 0 0 1 2	37		1	1 0,0 0	0,0 0					
5-0	0	8 5 3 0 0 0 1 2	44		1	1 0,0 0	0,0 0					
6-0	0	8 5 3 0 0 0 1 2	45		1	1 0,0 0	0,0 0					
7-0	0	8 5 3 0 0 0 1 2	46		1	1 0,0 0	0,0 0					
8-0	0	8 5 3 0 0 0 1 2	47		1	1 0,0 0	0,0 0					
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista 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 8 0,0 0 0

47-Valor Total R\$ 10,0 0

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(ram) 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-Observações: Paciente não compareceu no campo 51, foi substituída no campo 52

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa