

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



300513
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/03/2013	4-Data de Autorização 12/03/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50158421	7-Data Validade da Senha 10/06/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994063166051	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa VILMA DA CONCEICAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708607567993680
13-Nome JOAO GABRIEL LABRE DA CONCEICA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VILMA DA CONCEICAO DIAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA CARDOSO PEREIRA BATISTA	18-Número no CRO 27723	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09275672709	22-Nome do Contratado Executante JULIANA CARDOSO PEREIRA BATISTA	23-Número no CRO 27723	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JULIANA CARDOSO PEREIRA BATISTA		27-Número no CRO 27723	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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	84	OD	1	88,00	35,20		S	19/03/2013		Patricia
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 88,00	47-Valor Total R\$ 35,20	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 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/03/2013	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/03/2013	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/03/2013
--	---	---	---

Thaís Braga
Cirurgião-Dentista
CRO-RJ 46.146

MULTIODONTO ODONTOLOGIA LTDA
CNPJ 10.897.569/0001-00
CRO-2984