

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/11 12/11/91	4-Data de Autorização 11/3/11 12/11/91	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50139294	7-Data Validade da Senha 11/2/10 3/11/20
--------------------------	---	---	----------------------	--	---

26161€
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário		10-Empresa 01 ADMINISTRACAO		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700009814049306	
8-Número da Carteira 0003719199406141969411		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Nome GILSON GOMES DA SILVA		14-Teléfono (111) 11111111	
15-Data de Nascimento 04/09/1964		16-Data de Emissão da Guia 04/09/1964		17-Data de Validade da Guia 04/09/1964		18-Data de Validade da Guia 04/09/1964	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -	
16-Mendicância a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP		18-Número no CRO 20598	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0111608687431111		22-Nome do Contratado Exocliente ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP		23-Número no CRO 20598	
24-Nome do Profissional Exocliente ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP		25-Código CNES 20598		26-Código CBO S 20598	

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 RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assin
1-010181200008751	EXODONTIA SIMPLES DE	41	1	1	1	73,00	0,10	0,10	1	5/10/2/12/01	
2-010181200008751	EXODONTIA SIMPLES DE	31	1	1	1	73,00	0,10	0,10	1	5/10/2/12/01	
3-010181100004211	RX PERIAPICAL	R11	1	1	1	14,00	0,10	0,10	1	5/10/2/12/01	
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 1160,10	47-Valor Total RS 1010,10	48-Total Franquia / Co-participação F 1010,10
--	--	---	-----------------------------------	------------------------------	--

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 do 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---