

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



291610
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
20/03/2012

4-Data de Autorização
04/03/2012

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7427351

7-Data Validade da Senha
20/05/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00202524317700001802

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
TRANSMARGOO TURISMO E

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
PAMELA DA SILVA BENEDITO

26/03/1999

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
GERALDO DAS GRACAS BENEDITO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
17-Nome do Profissional Solicitante
FERNANDA OLIVEIRA GONCALVES DA SILVA

18-Número no CRO
31762

19-UF
RJ

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
09757833789

22-Nome do Contratado Executante
FERNANDA OLIVEIRA GONCALVES DA SILVA

23-Número no CRO
31762

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
FERNANDA OLIVEIRA GONCALVES DA SILVA

27-Número no CRO
31762

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-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Medico da Clínica 42-Assinatura

1-0085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

HASD

1

36,00

0,00

12/03/2012

S

12/03/2012

12/03/2012

2-0085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

HASE

1

36,00

0,00

12/03/2012

S

12/03/2012

12/03/2012

3-0085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

HAIE

1

36,00

0,00

12/03/2012

S

12/03/2012

12/03/2012

4-0085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

HAID

1

36,00

0,00

12/03/2012

S

12/03/2012

12/03/2012

5-0085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

17

0

61,00

0,00

12/03/2012

S

12/03/2012

12/03/2012

6-0085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

27

0

61,00

0,00

12/03/2012

S

12/03/2012

12/03/2012

7-0085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

27

0

61,00

0,00

12/03/2012

S

12/03/2012

12/03/2012

8-0085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

27

0

61,00

0,00

12/03/2012

S

12/03/2012

12/03/2012

9-0085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

27

0

61,00

0,00

12/03/2012

S

12/03/2012

12/03/2012

10-0085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

27

0

61,00

0,00

12/03/2012

S

12/03/2012

12/03/2012

11-0085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

27

0

61,00

0,00

12/03/2012

S

12/03/2012

12/03/2012

12-0085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

27

0

61,00

0,00

12/03/2012

S

12/03/2012

12/03/2012

13-0085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

27

0

61,00

0,00

12/03/2012

S

12/03/2012

12/03/2012

14-0085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

27

0

61,00

0,00

12/03/2012

S

12/03/2012

12/03/2012

15-0085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

27

0

61,00

0,00

12/03/2012

S

12/03/2012

12/03/2012

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

266,00

47-Valor Total R\$

0,00

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(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, compreendendo-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

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

CRF-RJ 31762