

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1227859
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 4 / 1 1 / 2 2	4-Data de Autorização 1 4 / 1 1 / 2 2	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10590907	7-Data Validade da Senha 1 2 / 0 2 / 2 3
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 8 7 5 1 0 0 0 1 8 8 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CASTROLANDA COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KARINA MORAIS RODRIGUES PAULINO		14-Telefone (1 5) 3 5 2 7 - 0 3 2 9	15-Nome do titular do plano RODRIGO DE ALMEIDA PAULINO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA LOPES MEDEIROS	18-Número no CRO 149992	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4 2 1 9 3 5 1 7 0 0 0 1 9 4	22-Nome do Contratado Executante ORAL CENTER ITAPETININGA LTDA	23-Número no CRO 149992	24-UF SP	25-Código CNES 9999999	
26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA LOPES MEDEIROS		27-Número no CRO 149992	28-UF SP	29-Código CBO S	

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-	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 , 0 0	0 , 0 0		S			
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 3 4 , 0 0	47-Valor Total R\$ _ _ , 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 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 _ _ / _ _ / _ _	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável _ _ / _ _ / _ _	53-Data, local e Carimbo da Empresa _ _ / _ _ / _ _
--	--	--	--