

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



371199
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50189750	7-Data Validade da Senha 07/12/2012
--------------------------	---	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 003700000016524112	9-Plano POS REDE PRESTADORA
13-Nome CAIO BARROSO PERLINGEIRO	17/10/2006
10-Empresa INSTITUTO DA COMUN	
11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Contrato Nacional de Saúde 704000856455366
14-Telefone (11) 11111111	
15-Nome do titular do plano CECILIA DOS SANTOS BARROSO	

Dados de Contrato Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARILENE MOREIRA CUNHA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1451760381768	22-Nome do Contratado Executante MARILENE MOREIRA CUNHA
26-Nome do Profissional Executante MARILENE MOREIRA CUNHA	27-Número no CRO 8132
18-Número no CRO 8132	19-UF RJ
23-Número no CRO 8132	24-UF RJ
25-Código CNES	26-UF RJ
28-Código CBO S	29-UF RJ

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rugilo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00		11/11	
2-00181400090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00	0,00		11/11	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	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 11016,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	------------------------------------	----------------------------	---

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