



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.ºº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/4/02/1/2/3		4-Data de Autorização 1/1/1/1/1/1/1		5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número da Guia Principal 1350915		7-Data Validade da Senha 12/5/05/1/2/3		1350915 INTERCÂMBIO											
Dados do Beneficiário																							
8-Número da Carteira 00202025116311600093502		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa BRITANIA COMPONENTES		11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1/1		12-Número do Cartão Nacional de Saúde															
13-Nome EVILA JEANE BARROS FARIAS PIMENTEL		11/12/1987		14-Telefone (111) 1111111111		15-Nome do titular do plano EVERTON MARQUES PIMENTEL																	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																							
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO		18-Número no CRO 5480		19-UF AM		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa															
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07265270000173		22-Nome do Contratado Executante ANA AMELIA PINHEIRO DA SILVA		23-Número no CRO 5480		24-UF AM		25-Código CNES 9999999															
26-Nome do Profissional Executante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO		27-Número no CRO 5480		28-UF AM		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	
1-00185100218		RESTAURAÇÃO RESINA		46		OVM		1		1		122100		0100		N		1		1/1/1/1/1/1/1			
2-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		1		1		3610		0		010		N		1		1/1/1/1/1/1/1			
3-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASD		1		1		3610		0		010		N		1		1/1/1/1/1/1/1			
4-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		1		1		3610		0		010		N		1		1/1/1/1/1/1/1			
5-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		1		1		3610		0		010		N		1		1/1/1/1/1/1/1			
6-1																							
7-1																							
8-1																							
9-1																							
10-1																							
11-1																							
12-1																							
13-1																							
14-1																							
15-1																							
43-Data Previsão Término do Tratamento 1/1/1/1/1/1/1		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total		2-Parcial		46-Total Quantidade US 126100		47-Valor Total R\$ 1111101010		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1111111111					

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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 1/1/1/1/1/1/1		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 1/1/1/1/1/1/1		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 1/1/1/1/1/1/1		53-Data, local e Carimbo da Empresa 1/1/1/1/1/1/1	
--	--	--	--	--	--	--	--