

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AP

342682
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/07 12:01	4-Data de Autorização 12/11/07 12:01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50177855	7-Data Validade da Sentença 19/11/07 12:01
--------------------------	---	---	--------------------------	--	---

8-Número de Carteira 0003799406153465		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CENTAURO E E INFORMATICA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703407209867517
13-Nome CAROLINA ALVES RANGEL		14-Teléfono () / /	15-Data Validade da Carteira / /	16-Nome do titular do plano MARCELO MAHFOUD CERDEIRA	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA COSTA DA SILVA	18-Número no CRO 41376	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 114533385781	22-Nome do Contratado Executante JULIANA COSTA DA SILVA	23-Número no CRO 41376	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JULIANA COSTA DA SILVA		27-Número no CRO 41376	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabella	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-Reservatúra
1-00081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00		19/11/07	
2-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00		19/11/07	
3-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00		19/11/07	
4-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00		19/11/07	
5-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00		19/11/07	
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto 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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / 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(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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/07 12:01 Juliana C. da Silva	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/07 12:01 Juliana C. da Silva	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/07 12:01 Juliana C. da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/07 12:01
---------------	---	---	---	---

Dr. Juliana Costa
Cirurgião-Dentista
CRC: 41376