

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

427015
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 12/15/11 11/12/10	4-Data de Autorização 10/13/11 12/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8086624	7-Data Validade da Senha 12/13/10 12/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10/02/10 25/25/30 71/10/00 92/8021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome INGRID SANTANA COSTA RIGONI	14-Telefone (11) 11111111	15-Data de Nascimento 10/08/1996	16-Data de Emissão de Guia 10/13/11 12/12/10	17-Data de Validade da Guia 10/13/11 12/12/10	18-Data de Validade da Guia 10/13/11 12/12/10
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
19-Data de Nascimento 10/08/1996	20-Data de Nascimento 10/08/1996	21-Data de Nascimento 10/08/1996	22-Data de Nascimento 10/08/1996	23-Data de Nascimento 10/08/1996	24-Data de Nascimento 10/08/1996
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
25-Data de Nascimento 10/08/1996	26-Data de Nascimento 10/08/1996	27-Data de Nascimento 10/08/1996	28-Data de Nascimento 10/08/1996	29-Data de Nascimento 10/08/1996	30-Data de Nascimento 10/08/1996

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
1-0101811000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2-0101811000421	RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3-0101811000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4-0101811000421	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	1	1	1	1	1	1	1
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	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 pagar 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