

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/10 09/12/10	4-Data de Autorização 11/11/10 11/11/10	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 384891	7-Data Validade da Senha 12/11/12 11/12/10	384891 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 10037994060167294	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GRUPO SIGECOM SIST	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898003847678770		
13-Nome MONIQUE MARQUES ROSA						
14-Telefone (11) 11111111						
15-Nome do titular do plano MONIQUE MARQUES ROSA						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
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 -		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14533385781	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			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela 1 0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	31-Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA	32-Descrição	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Old 3400	36-Quantidade US 0100
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11 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 3400						
46-Total Quantidade US 0100						
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/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 10/11/10 11/11/10 Juliana C. da Silva	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/10 11/11/10 Juliana C. da Silva	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/10 11/11/10 x11/11/10 11/11/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa Dr. Juliana Costa Cirurgião-Dentista CRQ-41376
--	--	---	---