



253122

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



253122

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 11/11 9	4-Data de Autorização 11/3/10 12/12/01	5-Seria CONCLUIDO	6-Numero da Guia Principal 7228577	7-Data Validade da Seria 12/5/10 12/12/01
--------------------------	--	---	----------------------	---------------------------------------	--

8-Numero da Carteira 0102020252113264010001919011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUITO MAIS SAUDE	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome LIVIA MARIA BARBOSA PADRAO	29/09/1986	14-Telefone (1211) 121518019101818	15-Nome do titular do plano LIVIA MARIA BARBOSA PADRAO
---------------------------------------	------------	---------------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOAO FELIPE LOURENCO MIRANDA	18-Numero no CRO 32922	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101519182211727	22-Nome do Contratado Exatante JOAO FELIPE LOURENCO MIRANDA	23-Numero no CRO 32922	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000421-RPSE
---	--	---------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Exatante JOAO FELIPE LOURENCO MIRANDA	27-Numero no CRO 32922	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

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	010182010081519	EXODONTIA DE RAIZ	24	1	1	73,10	10,10	10,10	1	13/01/2011		
2	01018101004211	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	4,10	10,10	10,10	1	13/01/2011		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/1/11/11	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcela	46-Total Quantidade US 87,10	47-Valor Total R\$ 0,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1
--	---	---	---------------------------------	----------------------------	--

Declaram, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Devidor, 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
- Guia Tratamento Odontológico cancelada por ter ultrapassado o prazo de validade

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/3/10 12/12/01 GCD	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/3/10 12/12/01 GCD	52-Data, local e Assinatura do Responsável 11/3/10 12/12/01 GCD	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/3/10 12/12/01 GCD
---	---	--	--