

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-A-Nº

678745
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/4/10 8/12/11	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8981701	7-Data Validade da Senha 12/2/11 1/12/11
--------------------------	--	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa BRITANIA COMPONENTES		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 010201252016148000017501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone (11) 3326-1311/13		15-Nome do titular do plano DEUSEDIT DAMASCENO DE CARVALHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN KAIO AZEDO LEITE		17-Nome do Profissional Solicitante KAIO AZEDO LEITE	18-Número no CRO 4602	19-UF AM	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0101118112112511		22-Nome do Contratado Executante KAIO AZEDO LEITE		23-Número no CRO 4602	24-UF AM	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante KAIO AZEDO LEITE		27-Número no CRO 4602		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	1-01018110000165	CONSULTA ODONTOLÓGICA					1	1	34,00	0,00		10/10/10		Desedit
2	1-01018153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASD			1	1	36,00	0,00		10/10/10		Desedit
3	1-01018153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE			1	1	36,00	0,00		10/10/10		Desedit
4	1-01018153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE			1	1	36,00	0,00		10/10/10		Desedit
5	1-01018153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID			1	1	36,00	0,00		10/10/10		Desedit
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

43-Data Provisão Termino do Tratamento 12/4/10 8/12/11	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 117,80	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 de Cirurgião-Dentista Solicitante 12/4/10 8/12/11 Dr. Kaio Azedo Leite Cirurgião-Dentista CRO 1 AM 4602	51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Responsável 12/4/10 8/12/11 Desedit CRO 1 AM 4602	52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável 12/4/10 8/12/11 Desedit CRO 1 AM 4602
---------------	--	--	---	---