

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



406118
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 01/2/01	4-Data de Autorização 12/7/11 01/2/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50201980	7-Data Validade da Senha 12/5/10 11/2/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 010379994063753917		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703606016929739
13-Nome ANDRIANA SILVA DA CONCEICAO BR			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WAGNER VELOZO BRAGA	
18/09/1981					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA ANDRADE DE SOUZA	18-Número no CRO 43192	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15375816784	22-Nome do Contratado Executante MAYARA ANDRADE DE SOUZA	23-Número no CRO 43192	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MAYARA ANDRADE DE SOUZA		27-Número no CRO 43192	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-	01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00			12/10/2011		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo do Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 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 27/10/11 40	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/11 40	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/11 20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/11 20
Dr. Mayara Andrade de Souza Cirurgiã Dentista CRO - RJ 43192			