

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

325315
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/16/10 16/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50166703	7-Data Validade da Senha 11/14/10 19/12/10
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 1010131799406455750101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EMPRESA BRASILEIRA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703601031091339
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
13-Nome SOFIA DOS REIS FERREIRA	14-Telefone () - - - - -	15-Data Validade da Carteira 14/07/2006	15-Nome do titular do plano PRISCILA SILVA DOS REIS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO CARVALHO DA SILVA	18-Número no CRO 27455	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
Faturar Empresa				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 107115012437013111	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA	23-Número no CRO 27455	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA	27-Número no CRO 27455	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																							
16-Atendimento a RN		N		17-Nome do Profissional Solicitante																			
		RDRIGO CARVALHO DA SILVA																					
10 7 1 5 0 2 4 3 7 0 3 _ _				22-Nome do Contratado Executante																			
10 7 1 5 0 2 4 3 7 0 3 _ _				RDRIGO CARVALHO DA SILVA																			
26-Nome do Profissional Executante				27-Nome no CRO																			
RDRIGO CARVALHO DA SILVA				27455																			
				23-Número no CRO																			
				27455																			
				24-UF																			
				RJ																			
				25-Código CNES																			
				26-UF																			
				RJ																			
				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 da Realização		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
1-00018100000615		1		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		1		34		0,00		0,00		0,00		S		11/06/10		Priscila	
2-1																							
3-1																							
4-1																							
5-1																							
6-1																							
7-1																							
8-1																							
9-1																							
10-1																							
11-1																							
12-1																							
13-1																							
14-1																							
15-1																							
43-Data Previsão Término do Tratamento														44-Tipo de Atendimento									
11/11/11														1-1									
45-Tipo de Faturamento														46-Total Quantidade US									
1-Total 2-Parcial														34,00									
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), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em 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	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	52-Data, local e Carimbo da Empresa
	11/06/10 Dr. Rodrigo Carvalho CRO-RJ 27455	11/06/10 Sofia dos Reis Ferreira CRO-RJ 27455	11/11/11