



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2A*



820126
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 4060414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/2011	4-Data de Autorização 17/11/2011	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9413775	7-Data Validade da Seria 17/10/2012
---------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025225976000165016501	9-Primo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome FABIO BARBOSA LOBO	20/06/1980	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FABIO BARBOSA LOBO
-------------------------------	------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 609312060287	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	27-Número no CRO 8958	28-UF BA	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Moivo da Glosa	42-Autorização
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			17/11/2011		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			17/11/2011		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			17/11/2011		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			17/11/2011		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			17/11/2011		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 17/11/2011	44-1-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-1-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	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), 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Ana Luisa B. Fontes
Cirurgiã Dentista

Ana Luisa B. Fontes
Cirurgiã Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/11/2011 gbarbosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/11/2011 gbarbosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/11/2011 Fabio Barbosa	53-Data, local e Assinatura da Empresa 17/11/2011
--	--	---	--

60350