

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

398369
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
15/10/11 21

6-Número da Guia Principal
398369

5-Senha
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

4-Data de Autorização
11/11/10 12 01

3-Data de Emissão da Guia
11/11/10 12 01

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
003179994062874702

9-Plano

10-Empresa

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
GIULIA BASTOS BENTEVENQUE

14-Telefone

15-Nome do titular do plano
MARIA LUCIA DE LIMA PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
VANJA FRANCO DE BATTISTI

18-Número no CRO
17207

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
59971380625

22-Nome do Contratado Executante
VANJA FRANCO DE BATTISTI

23-Número no CRO
17207

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
VANJA FRANCO DE BATTISTI

27-Número no CRO
17207

28-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 de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

1-008100057 CONSULTA ODONTOLÓGICA DE

2-0082001030 INCISÃO E DRENAGEM INTRA-

3-

4-

5-

6-

7-

8-

9-

10-

11-

12-

13-

14-

15-

43-Data Pregresso Término do Tratamento
11/11/10

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
4210

47-Valor Total R\$

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), foram realizados 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

Plano é novo

Relato de dor regias H8E com abscessos intraorais devido a cárie rampante no elemento 65. Exame clínico, drenagem abscessos, prescrição orientações mantendo

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/11/10

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/10

52-Data, local e Assinatura do Profissional
11/11/10

53-Data, local e Assinatura do Enquente
11/11/10