

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Aº



363614
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2/5/10 8/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50186570	7-Data Validade da Senha 2/3/11 1/12/0
--------------------------	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CENTRO ESPIRITA MARIA	11-Data Validade da Carteira 709606657423775	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 000370000328812079	13-Nome MIRIAM GONCALVES PEREIRA	14-Telefone () - - - - -	15-Data Validade da Carteira	15-Nome do titular do plano MIRIAM GONCALVES PEREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO 41376	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa
17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA COSTA DA SILVA	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1141533185788	23-Número no CRO 41376	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JULIANA COSTA DA SILVA		27-Número no CRO 41376	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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
30-Tabela	31-Código do Procedimento										
1-00081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00		0,00		26/10/2010	
2-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00		0,00		26/10/2010	
3-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00		0,00		26/10/2010	
4-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00		0,00		26/10/2010	
5-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00		0,00		26/10/2010	
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 de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	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), 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 26/10/2010 Juliana C. de Silva	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/2010 Juliana C. de Silva	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2010 Juliana C. de Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa Cirurgia-Dentista CRO: 41376
---------------	---	---	---	--

Dra. Juliana Costa