



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 0 3 0 4 1 2 1		4-Data de Autorização 0 9 0 4 1 2 1		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8447197		7-Data Validada da Senha 0 2 0 1 7 1 2 1		514393 INTERCÂMBIO													
Dados do Beneficiário												12-Número do Cartão Nacional de Saúde													
10-Plano POS REDE PRESTADORA												11-Data Validada da Carteira /		13-Nome CIBELE MARIA DA SILVA											
18-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 9 4 0 6 0 0 0 1 0 1												14-Teléfono () -		15-Nome do titular do plano CIBELE MARIA DA SILVA											
13-Nome CIBELE MARIA DA SILVA												16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento Rua: _____ Nº: _____		17-Nome do Profissional Solicitante IRANI XAVIER DE SOUZA		18-Número no CRO 9636		19-UF DF		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
22-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento IRANI XAVIER DE SOUZA												23-Número no CRO 9636		24-UF DF		25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200		26-Nome do Profissional Executante IRANI XAVIER DE SOUZA		27-Número no CRO 9636		28-UF DF		29-Código CBO S (I) 85100200	

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- 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	6 1	0 0	0 0 0 0	S	05/04/2011	✓
2- 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA	16	DO	1	8 8	0 0	0 0 0 0	S	05/04/2011	✓
3- 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA	17	OM	1	8 8	0 0	0 0 0 0	S	05/04/2011	✓
4- 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	46	D	1	6 1	0 0	0 0 0 0	S	05/04/2011	✓
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto 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 Quantitativa US 2 9 1 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Frequentia / 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-Conversion

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	09/10/2014	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	09/10/2014	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	09/10/2014	
53-Data, local e Carimbo da Empresa	09/10/2014	