

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



396941
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/11 10/12/10	4-Data de Autorização 11/06/11 10/12/10	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50199414	7-Data Validade da Santa 11/03/10 11/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 01013710101010217831717916	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa MARCO ANTONIO FLOR		
11-Data Validade da Carteira		12-Número do Contrato Nacional do Saúde 709708095334490			
13-Nome AGUINALDO AMARAL PORTO					
14-Telefone		15-Nome do titular do plano MARCO ANTONIO FLORENCIANO			
16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante VICTOR FIGUEIREDO RESENDE					
18-Número no CRO 42439		19-UJF RJ		20-Código CBO S 801 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1131214161910171714		22-Nome do Contratado Executante VICTOR FIGUEIREDO RESENDE		23-Número no CRO 42439	
24-UJF RJ		25-Código CNEB		26-Nome do Profissional Executante VICTOR FIGUEIREDO RESENDE	
27-Número no CRO 42439		28-UJF RJ		29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente / Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aur	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor 42-Assinatura
1-0101815301010147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	15/11/10	19/12/10	[Assinatura]
2-0101815301010147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	15/11/10	19/12/10	[Assinatura]
3-0101815301010147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	15/11/10	19/12/10	[Assinatura]
4-0101815301010147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	15/11/10	19/12/10	[Assinatura]
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Prescrição Termino do Tratamento 15/11/10 19/12/10	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1144,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 15/11/10 19/12/10 Nilsa F. Lunk	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/11/10 19/12/10 Nilsa F. Lunk	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/11/10 19/12/10 Nilsa F. Lunk	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------