

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ANº

391052
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
 0 4 / 0 1 / 2 1

6-Número da Guia Principal
 50197578

5-Senha
 AUTORIZADO

4-Data de Autorização
 0 7 / 1 0 / 2 0

3-Data de Emissão da Guia
 0 6 / 1 0 / 2 0

1-Registro ANS
 406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
 0 0 3 7 9 9 4 0 6 2 9 4 2 4 9 0

10-Plano
 POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
 LUIZ FERNANDO DE M

11-Data Validade da Carteira
 0 4 / 0 1 / 2 1

12-Número do Contrato Nacional da Saúde
 701006831489195

13-Telefone
 () / /

14-Telefone
 () / /

15-Nome do titular do plano
 LUIZ FERNANDO DE MATTOS RIBAS

16-Mendicamento a RN
 MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE

17-Nome do Profissional Solicitante
 MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
 7 2 0 3 8 6 3 2 7 1 5

22-Nome do Contratado Exercente
 MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE

23-Número no CRO
 17808

24-UF
 RJ

25-Código CNES
 17808

26-Nome do Profissional Exercente
 MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE

27-Número no CRO
 17808

28-UF
 RJ

29-Código CBO S
 17808

30-UF
 RJ

31-Código do Procedimento
 32-Descrição
 CONSULTA ODONTOLÓGICA

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

1-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

2-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

3-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

4-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

5-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

6-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

7-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

8-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

9-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

10-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

11-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

12-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

13-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

14-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

15-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

16-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

17-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

18-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

19-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

20-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

21-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

22-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

23-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

24-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

25-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

26-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

27-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

28-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

29-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

30-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

31-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

32-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

33-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

34-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

35-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

36-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

37-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

38-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

39-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

40-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

41-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

42-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

43-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

44-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

45-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

46-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

47-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

48-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

49-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

50-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

51-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

52-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

53-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

54-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

55-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

56-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

57-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

58-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

59-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

60-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

61-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

62-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

63-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

64-0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8

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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

M. Zita de S. de Andrade
 CRO 17.808

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 07/11/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 07/11/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 07/11/2012

53-Data, local e Assinatura da Empresa
 07/11/2012

43-Data Previsão Término do Tratamento
 44-Tipo de Atendimento
 45-Tipo de Faturamento
 46-Valor Total R\$
 47-Valor Total R\$
 48-Total Franquia / Co-participação R\$

43-Data Previsão Término do Tratamento
 44-Tipo de Atendimento
 45-Tipo de Faturamento
 46-Valor Total R\$
 47-Valor Total R\$
 48-Total Franquia / Co-participação R\$