

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

360273
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/08/12/01	4-Data de Autorização 12/01/08/12/01	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50185374	7-Data Validade da Sineta 11/18/11/11/12/01
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000379994065231829	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa LUCIA MARIA CORREA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700103914585610
13-Nome RICHARD DE DEUS					
14-Telefone (11) 1111-1111					
15-Nome do titular do plano LUCIA MARIA CORREA DA SILVA					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 011116018618743					
22-Nome do Contratado Executante ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP					
26-Nome do Profissional Executante ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP					
20-Código CBO S 20598					
24-UF RJ					
25-Código CNES 20598					
28-UF RJ					
29-Código CBO S 20598					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabella	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-Assin	
1-000181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00	0,00	0,00		12/12/10/10		SL	
2-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HASD		1	35,00	0,00	0,00		12/12/10/10		SL	
3-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAID		1	35,00	0,00	0,00		12/12/10/10		SL	
4-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE		1	35,00	0,00	0,00		12/12/10/10		SL	
5-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAIE		1	35,00	0,00	0,00		12/12/10/10		SL	
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11/11/11/11	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 1174,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação F 10,00
---	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

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 pr contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) em 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, 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 12/12/10/10/10/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/12/10/10/10/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/10/10/10/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11/11/11/11
--	--	--	--