



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

435283
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/2012	4-Data de Autorização 12/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8120489	7-Data Validade da Senha 05/11/2012	8-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde
6-Número da Carteira 00202025110272200154801		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JHESSE DOS SANTOS MALAQUIAS		14-Telefone 17/06/1987		15-Nome do titular do plano JHESSE DOS SANTOS MALAQUIAS				
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO		18-Número no CRO 5480		19-UF AM		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 309294152721		22-Nome do Contratado Executante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO		23-Número no CRO 5480		24-UF AM		25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO		27-Número no CRO 5480		28-UF AM		29-Código CBO S		
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\$
1-001810000615		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00
2-001853000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00
3-001853000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00
4-001853000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00
5-001853000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00
6-								
7-								
8-								
9-								
10-								
11-								
12-								
13-								
14-								
15-								
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$
11/11/11		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		178,00		0,00
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 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								
50-Data, local e Assinatura do Dirigente Odontológico Solicitante		51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável		53-Data, local e Assinatura da Empresa		
11/11/2012		11/11/2012		11/11/2012		11/11/2012		
Jhesse dos Santos Malaquias		Jhesse dos Santos Malaquias		Jhesse dos Santos Malaquias		Ana Amelia F. Pinheiro		
						UNIVERSO ODONTO		
						Administradora		
						CRO-AM 189		