

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

433776
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 03/11/2012		4-Data de Autorização 10/11/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8114696		7-Data Validade da Senha 03/10/2012																																																																																																																																																																																					
Dados do Beneficiário																																																																																																																																																																																															
8-Número da Carteira 0020205252530710000208001				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS																																																																																																																																																																																							
11-Data Validade da Carteira 11/11/11				12-Número do Cartão Nacional de Saúde				13-Nome ISABEL CRISTINA MEDEIROS																																																																																																																																																																																							
14-Teléfono ()				15-Nome do titular do plano ISABEL CRISTINA MEDEIROS				16-Atendimento a RN ODONTOIMAGEM																																																																																																																																																																																							
17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM				18-Número no CRO 8307				19-UF SC																																																																																																																																																																																							
20-Código CBO S 09				21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0418248947				22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS																																																																																																																																																																																							
23-Número no CRO 8307				24-UF SC				25-Código CNES																																																																																																																																																																																							
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS				27-Número no CRO 8307				28-UF SC																																																																																																																																																																																							
29-Código CBO S				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 de Realização				41-Motivo da Glosa 42-Assinatura																																																																																																																																																																																							
<table border="1"> <tr> <td>1-0</td><td>0</td><td>0</td><td>3</td><td>4</td><td>8</td><td colspan="6">DOC ORTODONTICA "E"</td> </tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="6"></td></tr> </table>												1-0	0	0	3	4	8	DOC ORTODONTICA "E"						2												3												4												5												6												7												8												9												10												11												12												13												14												15											
1-0	0	0	3	4	8	DOC ORTODONTICA "E"																																																																																																																																																																																									
2																																																																																																																																																																																															
3																																																																																																																																																																																															
4																																																																																																																																																																																															
5																																																																																																																																																																																															
6																																																																																																																																																																																															
7																																																																																																																																																																																															
8																																																																																																																																																																																															
9																																																																																																																																																																																															
10																																																																																																																																																																																															
11																																																																																																																																																																																															
12																																																																																																																																																																																															
13																																																																																																																																																																																															
14																																																																																																																																																																																															
15																																																																																																																																																																																															
43-Data Previsão Término do Tratamento				44-Tipo de Atendimento				45-Tipo de Faturamento																																																																																																																																																																																							
46-Total Quantidade US				47-Valor Total R\$				48-Total Franquia / 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), 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				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável																																																																																																																																																																																							
10/11/2012				10/11/2012				10/11/2012																																																																																																																																																																																							

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/11/2012