



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



343409
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/12/10 17/12/10

4-Data de Autorização
12/12/10 17/12/10

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7724143

7-Data Validade da Senha
12/01/10 12/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
100202025301548300000010101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
D MATIUSI CIA LTDA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
BRUNO MARASCHI

14-Telefone
(141) 9999-12524

15-Nome do titular do plano
BRUNO MARASCHI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
GUSTAVO HENRIQUE HIROSHI DO NASCIMENTO

18-Número no CRO
24046

19-UF
PR

20-Código CBO S
025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10153315801498011

22-Nome do Contratado Executante
GUSTAVO HENRIQUE HIROSHI DO NASCIMENTO

23-Número no CRO
24046

24-UF
PR

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

GUSTAVO HENRIQUE HIROSHI DO NASCIMENTO

27-Número no CRO
24046

28-UF
PR

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-	001840001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	315,00	0,00	0,00	S	10/12/10	12/12/10
2-	001840001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	315,00	0,00	0,00	S	10/12/10	12/12/10
3-	001840001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	315,00	0,00	0,00	S	10/12/10	12/12/10
4-	001840001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	315,00	0,00	0,00	S	10/12/10	12/12/10
5-	001810001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	340,00	0,00	0,00	S	10/12/10	12/12/10
6-	001851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	61,00	0,00	0,00	S	10/12/10	12/12/10
7-	001851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	61,00	0,00	0,00	S	10/12/10	12/12/10
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento
11/11/11

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Tot 2-Parcial

46-Total Quantidade US
296,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
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(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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/12/10 17/12/10 Gustavo H. H. do Nascimento

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/12/10 12/12/10 Gustavo H. H. do Nascimento

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/12/10 12/12/10 Bruno Maraschi

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11

Gustavo H. H. do Nascimento
Cirurgião Dentista
CRO 24046