

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Me

387162
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/09	4-Data de Autorização 10/11/10	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7923905	7-Data Validade da Sentença 12/09/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202510272200155101	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 ROBERT WILLIAM OLIVEIRA DE CARVALHO					
22-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
16-Atendimento a RV					
17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ORAL D - MATRIZ					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 59441038253					
22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR					
25-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR					
27-Número no CRO 4114					
28-UF AM					
29-Código CBO S 04					
25-Código CNES Faturar Empresa					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Regido	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	08100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00					
2-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	61,00	0,00					
3-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	61,00	0,00					
4-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	61,00	0,00					
5-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	61,00	0,00					
6-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	61,00	0,00					
7-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00					
8-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00					
9-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00					
10-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00					
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista 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\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	1-Total 2-Parcial		483,00	

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) sem meu conhecimento 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / Solicitante
10/31/10/1201

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/31/10/1201

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/31/10/1201

53-Data, local e Carimbo da Empresa