



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



374385

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/09/2014	4-Data de Autorização 14/09/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50191019	7-Data Validade da Senha 12/12/2014
Dados do Beneficiário			8-Número da Carteira 003700003118413		
9-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa SGCR SERVICOS TECN		
11-Data Validade da Carteira / /			12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709600618308175		
13-Nome SERGIO GUSTAVO DO COUTO REIS			14-Telefone 13/04/1971		
15-Nome do titular do plano SERGIO GUSTAVO DO COUTO REIS					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ELIANE LOPES GUIMARAES		18-Número no CRO 16546	
19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 84357452791		22-Nome do Contratado Executante ELIANE LOPES GUIMARAES		23-Número no CRO 16546	
24-UF RJ		25-Código CNES		Enviar - RX (I) 85300039-014	
26-Nome do Profissional Executante ELIANE LOPES GUIMARAES		27-Número no CRO 16546		28-UF RJ	
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
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	17/09/2014		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	17/09/2014		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	17/09/2014		
4	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAID		1	44,00	0,00		S	24/09/2014		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 152,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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), 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, 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 17/09/2014
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/09/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /