



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/11/2010	4-Data de Autorização 12/09/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7924817	7-Data Validade da Senha 30/11/2010	387614 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0020202530702600000010101						
13-Nome IARAMI TELLES						
11-Data Validade da Carteira 11/11/11						
12-Número do Cartão Nacional de Saúde						
15-Nome do titular do plano IARAMI TELLES						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N						
17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA						
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 05476318712						
22-Nome do Contratado Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA						
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA						
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela 31-Código do Procedimento 1-0085200158 TRATAMENTO ENDODONTICO 16						
32-Descrição TRATAMENTO ENDODONTICO						
33-Dente/Região 16						
34-Face 16						
35-Qtd 16						
36-Quantidade US 16						
37-Valor 0,00						
38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00						
39-Aut S						
40-Data de Realização 29/10/2010						
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura						
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11						
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência						
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial						
46-Total Quantidade US 533,00						
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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.						
49-Observação Enviar rx inicial e final na produção.						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/10/2010 Monique Ferreira						
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 29/10/2010 Monique Ferreira						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário 29/10/2010 Iarami Telles						
53-Data, local e Carimbo da Empresa Monique G. M. Ferreira Cirurgiã Dentista / Endodontista CRO-RJ 31345						