

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

368432
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/09/2012	4-Data de Autorização 03/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50188730	7-Data Validade da Senha 01/12/2012
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa IGREJA INTERNACION	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 00379994063398998		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705206432895077		15-Nome do titular do plano MARCOS PAULO DA SILVA NUNES	
13-Nome MAISA BRAGA NUNES		14-Telefone () -		16-Data de Realização 03/09/2012	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 43192		19-UF RJ	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA ANDRADE DE SOUZA		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNEP / CPF 15375816784		22-Nome do Contratado Executante MAYARA ANDRADE DE SOUZA		23-Número no CRO 43192	
24-UF RJ		25-Código CNES		26-UF RJ	
28-Nome do Profissional Executante MAYARA ANDRADE DE SOUZA		27-Número no CRO 43192		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	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			03/09/2012		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			03/09/2012		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			03/09/2012		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAI D		1	35,00	0,00			03/09/2012		
5	0084000112	APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ			1	76,00	0,00			03/09/2012		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	75	O	1	61,00	0,00			03/09/2012		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 277,00	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 no 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 03/09/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/09/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/09/2012	53-Data, local e Carimbo do Profissional Assistente 03/09/2012
---	---	---	---