



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



308239
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/4/04/12/0	4-Data de Autorização 12/4/04/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 50161755	7-Data Validade da Senha 12/3/07/12/0						
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0003700000031592425	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MARCUS DE LIMA BARBOSA									
13-Nome PATRICIA ANDION DE LIMA BARBOSA		11-Data Validade da Carteira 11/1/1/1/1									
16-Atendimento a RN N		12-Número do Cartão Nacional de Saúde									
17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA MACIEL SIERRA		15-Nome do titular do plano MARCUS DE LIMA BARBOSA									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110620035781		18-Número no CRO 32925		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa							
26-Nome do Profissional Executante JULIANA MACIEL SIERRA		23-Número no CRO 32925		25-Código CNES Enviar - RX							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		27-Número no CRO 32925		(I) 81000375-RPE (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD							
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 Class 42-Assinatura
1-00081100000030	1	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00		0,00			
2-00081530000047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00		0,00			
3-00081530000047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00		0,00			
4-00081530000047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00		0,00			
5-00081530000047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00		0,00			
6-000811000000375	1	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00		0,00			
7-000811000000375	1	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00		0,00			
8-000811000000375	1	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00		0,00			
9-000811000000375	1	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00		0,00			
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsão 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\$	
		1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-1-Total 2-Parcial		1-234,00		1-234,00		1-0,00	

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), 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

A assinatura da paciente está na guia de N. 253292.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa