



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Z-Nº

433941
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/3/11/2/12/01	4-Data de Autorização 10/4/11/2/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8115381	7-Data Validade da Senha 10/3/11/03/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 01020225221253000069011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA			
13-Nome JOZIEL ALENCASTRO		14-Telefone (1511) 31330990811	15-Nome do titular do plano JOZIEL ALENCASTRO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 19924		19-UF RS		20-Código CBO S 04		025 - Faturar Empresa		
16-Atendimento a RA N	17-Nome do Profissional Solicitante INTEGRAL ODONTOLOGIA & SAUDE INTEGRADA			23-Número no CRO 19924		24-UF RS		25-Código CME S		
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 811411243587		22-Nome do Contratado Executante FLAVIA VILLELA LAURINDO			27-Número no CRO 19924		28-UF RS		29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante FLAVIA VILLELA LAURINDO										

Plano de Tratamento	Procedimentos Solicitados	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 de Glosa	42-Assinatura
1-01085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			10/4/11/2/20		X
2-01085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			10/4/11/2/20		X
3-01085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			10/4/11/2/20		X
4-01085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			10/4/11/2/20		X
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 10/4/11/2/20	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 14400	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 no contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 10/4/11/2/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Flávia Villela Doutora em Endodontia CRORS 19924	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável X	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	--	-------------------------------------