

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



545532
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
10/15/10 8/12/11

6-Número de Guia Principal
8566016

5-Sineta
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/12/10 15/12/11

3-Data de Emissão da Guia
10/17/10 15/12/11

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

10-Número da Carteira
1002025371130000001011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

11-Data Validade da Carteira
11/12/10 15/12/11

12-Número do Contrato Nacional de Saúde

13-Nome
GRACENILDE RIBEIRO DA SILVA

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
GRACENILDE RIBEIRO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matrimônio a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
IRANI XAVIER DE SOUZA

18-Número no CRO
9636

19-UF
DF

20-Código CBO S
025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
3181186039104

22-Nome do Contratado Executante
IRANI XAVIER DE SOUZA

23-Número no CRO
9636

24-UF
DF

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
IRANI XAVIER DE SOUZA

27-Número no CRO
9636

28-UF
DF

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-01018511001916		RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00				12/10/10 12/11	Graceni
2-01018511001916		RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00				12/10/10 12/11	Graceni
3-01018511001916		RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00				12/10/10 12/11	Graceni
4-01018511001916		RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00				12/10/10 12/11	Graceni
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento
11/12/10 15/12/11

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
1244,00

47-Valor Total R\$
10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
10,00

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(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
12/10/10 12/10/11

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/10 12/10/11

52-Data, local e Assinatura da Empresa
12/10/10 12/10/11

Franci Xavier de Souza
Cirurgião Dentista
CRO - DF 9636