

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



346164
INTERCAMBIO

7-Data Validade da Senha
12/5/11 01/2/01

6-Número da Guia Principal
50179182

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/7/10 7/12/01

3-Data de Emissão da Guia
12/7/10 7/12/01

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
003799940650905911

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
RAFAELA RODRIGUES

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
702001310287180

13-Nome

RAFAELA RODRIGUES DA CONCEICAO

06/08/1994

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
RAFAELA RODRIGUES DA CONCEICAO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
JULIANA COSTA DA SILVA

22-Nome do Contratado Executante
JULIANA COSTA DA SILVA

23-Número no CRO
41376

24-UF
RJ

25-Código CNES
41376

26-UF
RJ

27-Número no CRO
41376

28-UF
RJ

29-Código CBO S

30-Código CBO S

31-UF
RJ

801 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
1-0001810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,00	0,00	0,00		12/7/10	12/01/2011
2-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	1	35,00	0,00	0,00		12/7/10	12/01/2011
3-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	1	35,00	0,00	0,00		12/7/10	12/01/2011
4-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	1	35,00	0,00	0,00		12/7/10	12/01/2011
5-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	1	35,00	0,00	0,00		12/7/10	12/01/2011
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

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-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
1174,00

47-Valor Total R\$
1174,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
1174,00

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
24/10/11 20/Juliana C. da Silva

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
24/10/11 20/Juliana C. da Silva

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
23/10/11 20/Juliana C. da Silva

53-Data, local e Carimbo da Empresa
23/10/11 20/Juliana C. da Silva

54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
23/10/11 20/Juliana C. da Silva

55-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
23/10/11 20/Juliana C. da Silva