

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

436186
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/17/11 12/12/10	4-Data de Autorização 10/18/11 12/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8124461	7-Data Validade da Senha 10/17/10 13/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 10/12/02 53411290000101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FAGNER GUILHERME DA SILVA		15-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		15-Nome do titular do plano FAGNER GUILHERME DA SILVA	
--------------------------------------	--	--	--	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SILKY ODONTOLOGIA E SAUDE	18-Número no CRO 11569	19-UF PE	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12151401819148051111	22-Nome do Contratado Executante RENATA GONCALVES DE MORAIS	23-Número no CRO 11569	24-UF PE	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RENATA GONCALVES DE MORAIS		27-Número no CRO 11569	28-UF PE	29-Código CBO S	

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- 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	16 1 1 0 0	1	0 1 0 0	1	11/12/20	x Fagner
2- 0 0 1 8 2 0 0 0 1 8 5 9		EXODONTIA DE RAIZ	47		1	7 3 1 0 0	1	0 1 0 0	1	11/12/20	x Fagner
3- 0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA	46	MO	1	8 8 1 0 0	1	0 1 0 0	1	11/12/20	x Fagner
4- 0 0 1 8 2 0 0 0 1 8 5 9		EXODONTIA DE RAIZ	36		1	7 3 1 0 0	1	0 1 0 0	1	11/12/20	x Fagner
5- 0 0 1 8 2 0 0 0 1 8 5 9		EXODONTIA DE RAIZ	37		1	7 3 1 0 0	1	0 1 0 0	1	11/12/20	x Fagner
6- 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	35	M	1	6 1 1 0 0	1	0 1 0 0	1	11/12/20	x Fagner
7- 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	6 1 1 0 0	1	0 1 0 0	1	11/12/20	x Fagner
8- 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	25	M	1	6 1 1 0 0	1	0 1 0 0	1	11/12/20	x Fagner
9- 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6 1 1 0 0	1	0 1 0 0	1	11/12/20	x Fagner
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11/11/11	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 6 1 1 2 1 0 0	47-Valor Total R\$ 67.831,656/0001-66	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, a 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

Dr. Fagner G. M. Reis
CRO-PE 17490
16/11/2012

Dr. Fagner G. M. Reis
CRO-PE 17490
16/11/2012

Av. Barreto de Menezes Nº 420 A

Silky Odontologia e Saúde Ltda.

Praxina G. M. Reis
CRO-PE 17490
16/11/2012

Praxina G. M. Reis
CRO-PE 17490
16/11/2012