

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



346621
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/2012	4-Data de Autorização 27/10/2012	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50179382	7-Data Validade da Senha 25/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número de Carteira 00370000320001889		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa LUIS CLAUDIO DE ME		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708903736719614	
13-Nome ROSANA CRISTINA DE MENEZES		03/08/1975		14-Telefone () / /		15-Nome do titular do plano LUIS CLAUDIO DE MENEZES			

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA COSTA DA SILVA		18-Número no CRO 41376		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14533385788		22-Nome do Contratado Executante JULIANA COSTA DA SILVA		23-Número no CRO 41376		24-UF RJ		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JULIANA COSTA DA SILVA				27-Número no CRO 41376		28-UF RJ		29-Código CBO S	

30-Tabella	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 Glor 42-Assinatura
1-000181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00		31/10/2012	x per
2-0001840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00		31/10/2012	x per
3-0001840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00		31/10/2012	x per
4-0001840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00		31/10/2012	x per
5-0001840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00		31/10/2012	x per
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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), 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 31/10/2012 Juliana C. da Silva	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 31/10/2012 Juliana C. da Silva	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/10/2012 Juliana C. da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/10/2012	54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Juliana Costa CBO: 41376
---------------	---	---	---	---	--