

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º N.º

318706
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/01/06	4-Data de Autorização 01/01/06	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7603341	7-Data Validade da Senha 13/01/08
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102025060657001501010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 01/01/01	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MAYKON FELIPE TAVARES	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MAYKON FELIPE TAVARES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 112913	19-UF SP	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08152999660	22-Nome do Contratado Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 112913	24-UF SP	25-Código CINES	26-Nome do Profissional Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 112913	28-UF SP	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
1-01081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00	0,00	0,00		13/01/06	
2-010815100196	RESTAURAÇÃO RESINA		12	V	1	61,00	0,00	0,00		31/08/08	
3-010815100196	RESTAURAÇÃO RESINA		16	P	1	61,00	0,00	0,00		31/08/08	
4-010815100200	RESTAURAÇÃO RESINA		46	OL	1	88,00	0,00	0,00		31/08/08	
5-010815100196	RESTAURAÇÃO RESINA		47	O	1	61,00	0,00	0,00		31/08/08	
6-010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			1	36,00	0,00	0,00		31/08/08	
7-010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			1	36,00	0,00	0,00		31/08/08	
8-010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			1	36,00	0,00	0,00		31/08/08	
9-010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			1	36,00	0,00	0,00		31/08/08	
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 01/01/01	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 44,90	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), (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 31/08/08	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/08/08	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/08/08
--	---	---

53-Observação