

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
06/05/2012

4-Data de Autorização
11/05/2012

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7545795

7-Data Validade da Senha
04/08/2012

310903
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0020252935440000802

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
SELBETTI GESTAO DE

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ALANA CRISTINA DE ALENCAR

14-Telefone
() 11 11 11 11 11 11

15-Nome do titular do plano
DANIEL PEDRO BILAR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
MAYARA BECHARA LOBO

18-Número no CRO
98515

19-UF
SP

20-Código CBO S
025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1360858106892

22-Nome do Contratado Executante
MAYARA BECHARA LOBO

23-Número no CRO
98515

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
MAYARA BECHARA LOBO

27-Número no CRO
98515

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Glosa 42-Assinatura
1-00081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00				11/05/2012	Alana
2-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00				11/05/2012	Alana
3-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00				11/05/2012	Alana
4-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00				11/05/2012	Alana
5-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00				11/05/2012	Alana
6-00000000000											
7-00000000000											
8-00000000000											
9-00000000000											
10-00000000000											
11-00000000000											
12-00000000000											
13-00000000000											
14-00000000000											
15-00000000000											

43-Data Previsão Término do Tratamento: 11/05/2012

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: 178,00

47-Valor Total R\$: 178,00

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 Solicitante
11/05/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/05/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/05/2012

53-Data, local e Cartão da Empresa
11/05/2012

54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/05/2012

55-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/05/2012