

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



348586
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 13/01/2012	4-Dia de Autorização 13/01/2012	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50180414	7-Data Validade da Guia 12/01/2012
--------------------------	--	------------------------------------	------------------------	--	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000379994062608611	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa APEFRIO PLPART	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706401180643089
--	--------------------------------	------------------------------	---	--

13-Nome

RAPHAEL GRANEIRO RANGEL DA CUN

17/01/1994

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
CARLA GRANEIRO LACERDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BERNARDO CAMPOS MACHADO	18-Número no CRO 37194	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

111629026719

22-Nome do Contratado Executante
BERNARDO CAMPOS MACHADO

23-Número no CRO
37194

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

BERNARDO CAMPOS MACHADO

27-Número no CRO
37194

28-UF
RJ

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	8 1 0 0 0 0 6 5			1	4 7,00	0,00		S	10/01/2012		
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 8,00	0,00		S	10/01/2012		
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 8,00	0,00		S	10/01/2012		
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 8,00	0,00		S	10/01/2012		
5-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 8,00	0,00		S	10/01/2012		
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Previsão Término do Tratamento 1/1/1/1	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 1 9 9,00	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(ram) 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 10/01/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/01/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/01/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 1/1/1/1
---	---	---	--