

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



319767
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/3/10 6/12/01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50164952		7-Data Validade da Senha 10/1/10 9/12/01			
8-Número da Carteira 10037000000174305371		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa GESTAO PATRIMONIAL		11-Data Validade da Carteira 11/1/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703103370747160			
13-Nome ISABEL BEATRIZ ARAUJO DE ABREU		15-05/1976		14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano ISABEL BEATRIZ ARAUJO DE ABREU					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO CARVALHO DA SILVA		18-Número no CRO 27455		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101715012437031		22-Nome do Contratado Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA		23-Número no CRO 27455		24-UF RJ		25-Código CNES Faturar Empresa			
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA		27-Número no CRO 27455		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
1-0018100000615		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	1	06/11/2010	Isabel
2-0018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	06/11/2010	Isabel
3-0018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	06/11/2010	Isabel
4-0018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	06/11/2010	Isabel
5-0018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	06/11/2010	Isabel
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Tipo de Faturamento		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
11/1/11		1-1		1-1		1-1		178,00		0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
06/11/2010
Dr. Rodrigo Carvalho da Silva
CRO-RJ 27455

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
06/11/2010
Dr. Rodrigo Carvalho da Silva
CRO-RJ 27455

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
06/11/2010
Isabel Beatriz Araujo de Abreu
CRO-RJ 27455

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/1/11