

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

343769
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/2/10 7/12/01	4-Data de Autorização 12/4/10 7/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7725589	7-Data Validade da Senha 12/01/10 1/12/01
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000210212524111671000473011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSOC FUNC PUBL ATIVOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome GLEICE TAINARA RODRIGUES DA COSTA	14-Teléfono (11) 11111111	15-Nome do titular do plano GLEICE TAINARA RODRIGUES DA COSTA	16-Atendimento a RN RODRIGO CARVALHO DA SILVA	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO CARVALHO DA SILVA	18-Número no CRO 27455
19-UF RJ	20-Código CBO S 27455	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0171502437013	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA	23-Número no CRO 27455	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA	26-Número no CRO 27455	27-UF RJ	28-Código CBO S	29-UF RJ	30-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 Glosa 42-Assinatura
1-00018511001916	1	RESTAURAÇÃO RESINA	31	I	1	1611000	011000	011000	S	03/08/10	X
2-00018511001916	2	RESTAURAÇÃO RESINA	32	I	1	1611000	011000	011000	S	03/08/10	X
3-00018511001916	3	RESTAURAÇÃO RESINA	33	I	1	1611000	011000	011000	S	03/08/10	X
4-00018511001916	4	RESTAURAÇÃO RESINA	41	I	1	1611000	011000	011000	S	03/08/10	X
5-00018511001916	5	RESTAURAÇÃO RESINA	42	I	1	1611000	011000	011000	S	03/08/10	X
6-00018511001916	6	RESTAURAÇÃO RESINA	43	I	1	1611000	011000	011000	S	03/08/10	X
7-00018511001916	7										
8-00018511001916	8										
9-00018511001916	9										
10-00018511001916	10										
11-00018511001916	11										
12-00018511001916	12										
13-00018511001916	13										
14-00018511001916	14										
15-00018511001916	15										

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Valor Total R\$ 3616100	47-Valor Total R\$ 3616100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000000
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 02/11/08 11/11/08					
51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/08 11/11/08					
52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/08 11/11/08					