

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/12/10 11/12/11		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8186672		7-Data Validade da Senha 11/12/10 11/12/11		451659 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 10102025292312000019011				10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA SA				11-Data Validade da Carteira 11/12/10 11/12/11			
13-Nome MARCIO ALVES CAVALCANTE				14-Telefone () - - - - -				15-Nome do titular do plano MARCIO ALVES CAVALCANTE			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Matrimônio a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante THAYARA DAYAN SOUZA LIMA		18-Número no CRO 17752		19-UF BA		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101613213519523		22-Nome do Contratado Executante THAYARA DAYAN SOUZA LIMA		23-Número no CRO 17752		24-UF BA		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante THAYARA DAYAN SOUZA LIMA		27-Número no CRO 17752		28-UF BA		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
1-0018100000165		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00		0,00		13/10/11	21
2-0018153000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00		0,00		13/10/11	21
3-0018153000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00		0,00		13/10/11	21
4-0018153000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00		0,00		13/10/11	21
5-0018153000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00		0,00		13/10/11	21
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/12/10 11/12/11		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-Total Quantidade US 1178,00		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/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 11/12/10 11/12/11				51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/10 11/12/11				52-Data, local e Assinatura da Empresa 11/12/10 11/12/11			
THAYARA DAYAN SOUZA LIMA				MARCIO ALVES CAVALCANTE				THAYARA DAYAN			
CRO-BA 17752				CRO-BA 17752				CRO-BA 17752			