

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1060397
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/07	4-Data de Autorização 11/04/07	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10129818	7-Data Validade da Senha 11/04/07
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10002025	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNION ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira 11/04/07	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome YHASMIN VITORIA DE OLIVEIRA CAMPOS					
14-Telefone () / /					
15-Nome do titular do plano YHASMIN VITORIA DE OLIVEIRA CAMPOS					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO		18-Número no CRO 41529	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110882440000173	22-Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLÓGICA ESPACO FAMILIA LTDA		23-Número no CRO 41529	24-UF RJ	25-Código CMES 6389430
26-Nome do Profissional Executante FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO		27-Número no CRO 41529		28-UF RJ	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente	34-Região	35-Face	36-Qtd	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00181000065	1	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00	0,00		11/04/07	
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/04/07	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-Valor Total R\$ 34,00	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 pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional responsável 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 responsável assistente e arcar com os custos previstos em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 12/12/07 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/07 52-Data, local e Assinatura da Empresa 12/12/07					

Resp. Tec. Odontológica Espaço Família Ltda
 12/12/07
 12/12/07
 12/12/07