



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



308245
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/04 12:00	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50161758	7-Data Validade da Senha 12/31/07 12:00
--------------------------	---	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00037700000029961443	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CATIA MARIA DE MORAES	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	-------------------------------------	--	---------------------------------------

Dados do Contratado

13-Nome ALESSANDRA DE MORAES FERREIRA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CATIA MARIA DE MORAES
--	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA MACIEL SIERRA	18-Número no CRO 32925	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

106120035781	22-Nome do Contratado Executante JULIANA MACIEL SIERRA	23-Número no CRO 32925	24-UF RJ	25-Código CNES
--------------	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante

JULIANA MACIEL SIERRA	27-Número no CRO 32925	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
1-00811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	13400		0,00			
2-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			1	3600		0,00			
3-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			1	3600		0,00			
4-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			1	3600		0,00			
5-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			1	3600		0,00			
6-00811000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE			1	1400		0,00			
7-00811000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD			1	1400		0,00			
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
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-Total Quantidade US 206,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
----------	--	---	----------------------------------	--------------------	---

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

A assinatura do paciente HCA na guia de N. 253306

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

11/11/11	
----------	--

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/11/11	
----------	--

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/11/11	
----------	--

53-Data, local e Carimbo da Empresa

11/11/11	
----------	--