

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

240



1-Registro ANS
408414

2-Data de Emissão da Guia
22/11/2012

3-Data de Autorização
/ /

4-Série
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

5-Número da Guia Principal
403157

6-Data Validade da Série
12/10/11/21

403157

INTER-ODONTARIO

7-Data de Beneficiário

8-Número de Carteira
00379940637491170

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DOR DE G

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
898003862445854

13-Nome
JACQUELINE CLARA RIBEIRO DA CUN

14-Telefone
25/05/1975

15-Nome do titular do plano
JACQUELINE CLARA RIBEIRO DA CUN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Identificação e RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS

18-Número no CNO
35861

19-UF
RJ

20-Código CBO B

3011

21-Código na Operadora / CNO / CPF
110654179778

22-Nome do Contratado Específico
BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS

23-Número no CNO
35861

24-UF
RJ

25-Código CBO B

26-Nome do Profissional Específico
BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS

27-Número no CNO
35861

28-UF
RJ

29-Código CBO B

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela
31-Código do Procedimento

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dentifregio
24

34-Faixa

35-Ord

36-Quantidade US
34,00

37-Vale

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Ant

40-Data de Realização
22/11/2012

41-Motivo da Guia 42-Valor

1-0008100049
2-0085400467
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO

24

1

8,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

43-Caixa Previsto Termo de Tratamento

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-Total Quantidade US
42,00

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Valor Total R\$

50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

51-Data, local e Assinatura do Profissional

52-Data, local e Assinatura do Médico

53-Data, local e Assinatura do Dentista

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 ancorar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(s) 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 valores conforme previsto em contrato.

49-Observação

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
22/11/2012 J. de Aguiar Martins

55-Data, local e Assinatura do Profissional
22/11/2012 J. de Aguiar Martins

56-Data, local e Assinatura do Médico
22/11/2012 J. de Aguiar Martins

57-Data, local e Assinatura do Dentista
22/11/2012 J. de Aguiar Martins