

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

416769
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/11/11 11/12/10		4-Data de Autorização 11/11/11 11/12/10		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50205358		7-Data Validade da Sentença 09/10/12 11/12/11	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 10037994064303656		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa GRANIHIC SERVICES S		11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/12/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898003905496919		13-Nome ALYCE DOS SANTOS SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
14-Atendimento a RN N		15-Nome do Profissional Solicitante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS		16-UF BA		17-UF BA		18-Número no CRO 19222		19-UF BA	
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF 062226169506		21-Nome do Contratado Executante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS		22-UF BA		23-Número no CRO 19222		24-UF BA		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS		27-Número no CRO 19222		28-UF BA		29-Código CBO S		30-UF BA		31-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Cid	
1-00184001090		1		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR		1		72100		37-Valor	
2-										38-Franquia/Co-participação R\$	
3-										39-Aut	
4-										40-Data de Realização	
5-										41-Motivo da Class 42-Assinatura	
6-										43-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
7-										44-Tipo de Atendimento	
8-										45-Tipo de Faturamento	
9-										46-Tipo de Faturamento	
10-										47-Valor Total R\$	
11-										48-Tipo de Faturamento	
12-										49-Valor Total R\$	
13-										50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
14-										51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
15-										52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11 11/12/10		44-Tipo de Atendimento 1		45-Tipo de Faturamento 1		46-Tipo de Faturamento 1		47-Valor Total R\$ 72100		48-Tipo de Faturamento 1	
53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista											

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.

54-Observação	
55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11 11/12/10 Dra. Aline Monteiro Cirurgia - Dentista CRO BA: 19222	
56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 11/12/10 Aline Monteiro Cirurgia - Dentista CRO BA: 19222	