



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



369411

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/09/2013	4-Data de Autorização 03/09/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50189074	7-Data Validade da Senha 02/12/2013
Dados do Beneficiário			8-Número da Carteira 0037000031118413		
9-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa SGCR SERVICOS TECN		11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709600618308175			13-Nome SERGIO GUSTAVO DO COUTO REIS		
14-Telefone () -			15-Nome do titular do plano SERGIO GUSTAVO DO COUTO REIS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELIANE LOPES GUIMARAES		18-Número no CRO 16546	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 84357452791		22-Nome do Contratado Executante ELIANE LOPES GUIMARAES		23-Número no CRO 16546	24-UF RJ
25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante ELIANE LOPES GUIMARAES		27-Número no CRO 16546	28-UF RJ
29-Código CBO S		30-Valor 0,00			

801 -

Faturar Empresa

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	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/09/2013		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 34,00		47-Valor Total R\$ 0,00		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		
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/09/2013	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/09/2013
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /		