



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2008	4-Data de Autorização 12/05/2008	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50186580	7-Data Validade da Senha 12/05/2011	363639 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 10031799	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EMPRESA BRASILEIRA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708904769459310		
13-Nome VINICIUS DE OLIVEIRA FERREIRA						
14-Teléfono () / /						
15-Nome do titular do plano PATRICIA RODRIGUES ALVES PINTO						
16-Mendicamento a RN HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS						
17-Nome do Profissional Solicitante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS						
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07106976784						
22-Nome do Contratado Executante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS						
26-Nome do Profissional Executante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS						
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela 1-001810010065	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Old 1	36-Quantidade US 34,00	37-Valor 0,00
38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00						
39-Aut S						
40-Data de Realização 25/08/2010						
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura						
43-Data Previsão Término do Tratamento 25/08/14						
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 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 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 22/08/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/08/2010	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/08/2010	53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/08/2010
---	---	---	---

HELENA MOUTINHO

Cirurgia - Dentista

Cirurgia - Dentista

Cirurgia - Dentista

Cirurgia - Dentista

Cirurgia - Dentista

Cirurgia - Dentista

Cirurgia - Dentista