

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



1- Registro ANS 406414 3- Data de Emissão da Guia 11/01/08 4- Data de Autorização 11/01/08 5- Senha AUTORIZADO 6- Número da Guia Principal 8918769 7- Data Validade da Senha 10/08/11 8- Número do Cartão Nacional de Saúde 653763 INTERCÂMBIO

653763
INTERCÂMBIO

8- Número da Carteira 10101201253479195000092011 9- Plano POS REDE PRESTADORA 10- Empresa CERAMICA URUSSANGA S A FILIAL 11- Data Validade da Carteira 11/01/11 12- Número do Contrato Responsável pelo Tratamento MARCELO DIAS DE SOUZA 13- Nome MARCELO DIAS DE SOUZA 14- Telefone () - - - - - 15- Nome do titular do plano MARCELO DIAS DE SOUZA

16- Atendimento a RN WILLIAN PEREIRA ROCHA 17- Nome do Profissional Solicitante WILLIAN PEREIRA ROCHA 18- Número no CRO 11206 19- UF SC 20- Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 105087781900 22- Nome do Contratado Executante WILLIAN PEREIRA ROCHA 23- Número no CRO 11206 24- UF SC 25- Código CNES 616101081012 (1F) 85200166-22 26- Nome do Profissional Executante WILLIAN PEREIRA ROCHA 27- Número no CRO 11206 28- UF SC 29- Código CBO S 616101081012

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dentista/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- 0	0	1852010166										
2- 1		TRATAMENTO ENDODÔNTICO	22		1	2581010	0,00			10/01/08		
3- 1												
4- 1												
5- 1												
6- 1												
7- 1												
8- 1												
9- 1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43- Data Previsão Término do Tratamento	44- Tipo de Atendimento	45- Tipo de Fraturamento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- Total Franquia / Co-participação R\$							
11/01/08	1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	1- Total 2- Parcial	2581010	10,00								

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 e contratuais. 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 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53- Data, local e Carimbo da Empresa

Willian Pereira Rocha
Cirurgião Dentista
CRO/SC 11208