



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24F

333419
INTERCAMBIO

1-Registro ANB 408414	5-Data de Emissão da Guia 02/07/2009	6-Data de Autorização 03/07/2009	5-Senha AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 7879481	7-Data Validade de Suma 03/07/2009
Dados do Beneficiário					
9-Número da Carteira 0002025252802011000371104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
15-Nome PEDRO GOMES HOFSTETTER		14-Teléfono 13/07/2009	13-Data Validade de Carteira ()	16-Nome do titular do plano ESTEVAM MACHADO HOFSTETTER	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Abandono a R/N N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE MAQUINE PASCARELI	18-Número no CRO 4530	19-UF AM	20-Código CBO S	414 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 003563242001	22-Nome do Contratado Executante ALINE MAQUINE PASCARELI	23-Número no CRO 4530	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ALINE MAQUINE PASCARELI	27-Número no CRO 4530	28-UF AM	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Costa/Régio	34-Fase	35-Quantidade UB
1	0001830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	54	1	7300
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
36-Franquia/Co-participação R\$					
37-Valor					
38-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Classe					
42-Assinatura					
43-Data Prevista Término do Tratamento					
44-Tipo de Abandono					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade UB					
47-Valor Total R\$					
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(ram) 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 Contratado - Beneficiário					
51-Data, local e Assinatura do Contratado - Profissional					
52-Data, local e Assinatura do Contratado - Responsável					
53-Data, local e Assinatura do Contratado - Empresa					