



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/3/06/12/01		4-Data de Autorização 03/018/12/01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7655070		7-Data Validade da Sanha 21/09/12/01		328474 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00020125266479000001011				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa GENEZI DE FATIMA VIEIRA			11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome GENEZI DE FATIMA VIEIRA				28/06/1966		14-Telefone (11) 11111111			15-Nome do Titular do plano GENEZI DE FATIMA VIEIRA				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0111608618743111		22-Nome do Contratado Executante ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP											
26-Nome do Profissional Executante ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP		23-Número no CRO 20598		24-UF RJ		25-Código CNES		26-UF RJ		27-Número no CRO 20598		28-UF RJ	
18-Número no CRO 20598		19-UF RJ		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa							

[illegible]

43-Data Previsão	Termino do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
☐ 1-Tratamento Odontológico ☐ 2-Exame Radiológico ☐ 3-Ortodontia ☐ 4-Urgência/Emergência	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0	☐ 1-Total ☐ 2-Parcial	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

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