



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/11/12 4-Data de Autenticação 10/12/11 5-Serina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 14676795 7-Data Validação da Serina 13/01/01 8-Data Validação da Serina 13/01/12 2563978 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira 0002025533119005418021 10-Grupo POS REDE PRESTADORA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702406583440927

13-Nome LUIZA INES DA SILVA ARAUJO

16/05/1994

14-Idade ()

15-Nome do Bêbê ou Plano HILTON CESAR DA SILVA PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante MARIA THAINARA ALVES DA SILVA 18-Número no CRO 24563 19-UF SC 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34263129100011212 22-Nome do Contratado Executante PROSPERA ODONTOLOGIA E SAUDE LTDA 23-Número no CRO 24563 24-UF SC 25-Código CNES 9999999 26-UF SC 27-Número no CRO 24563 28-UF SC 29-Código CBO S

20-Endereço do Profissional Executante MARIA THAINARA ALVES DA SILVA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Abela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Faixa	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchising/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Notas da Clínica	42-Signatura
1-0	0	8	1	0	0	0	3	0				
2-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
3-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
4-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
5-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
6-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
7-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
8-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
9-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
10-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
11-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
12-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
13-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
14-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
15-0	0	8	5	3	0	0	4	7				

43-Data Fim 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 Quantia US 1778,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franchising / Co-participação R\$

Declaração: que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, 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-Comentário

Dra. Maria Thainara Alves
Cirurgiã Dentista
CRO-SC 24563

50-Operador e Assinatura do Contratado Dentista Solicitante 51-Data local e Assinatura do Contratado Dentista Solicitante 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data local e Assinatura da Empresa 54-Data local e Assinatura da Empresa

16/11/12

16/11/12

16/11/12

16/11/12

16/11/12

16/11/12

16/11/12