



Transmissão para você emitir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-At



420386
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/11 11/20	4-Data de Autorização 11/11/11 11/20	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50206560	7-Data Validade da Série 11/11/11 11/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704605180384526
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--	--

8-Número da Carteira 01031719 9940631581513151	9-Fruto POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GRANIHIC SERVICES S	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/21	13-Nome do titular do plano ERICH IURI DO NASCIMENTO SOUZA
---	--------------------------------	-----------------------------------	--	---

13-Nome
SABRINA ASSUMPCAO DE SOUZA

29/08/1999

14-Endereço
Rua do Benefício

15-Endereço a RV
ANDREA BATISTA FERES

16-Endereço a RV
ANDREA BATISTA FERES

17-Endereço a RV
ANDREA BATISTA FERES

18-Endereço a RV
ANDREA BATISTA FERES

19-Endereço a RV
ANDREA BATISTA FERES

20-Endereço a RV
ANDREA BATISTA FERES

21-Endereço a RV
ANDREA BATISTA FERES

22-Endereço a RV
ANDREA BATISTA FERES

23-Endereço a RV
ANDREA BATISTA FERES

24-Endereço a RV
ANDREA BATISTA FERES

25-Endereço a RV
ANDREA BATISTA FERES

26-Endereço a RV
ANDREA BATISTA FERES

27-Endereço a RV
ANDREA BATISTA FERES

28-Endereço a RV
ANDREA BATISTA FERES

29-Endereço a RV
ANDREA BATISTA FERES

30-Endereço a RV
ANDREA BATISTA FERES

31-Endereço a RV
ANDREA BATISTA FERES

32-Endereço a RV
ANDREA BATISTA FERES

33-Endereço a RV
ANDREA BATISTA FERES

34-Endereço a RV
ANDREA BATISTA FERES

35-Endereço a RV
ANDREA BATISTA FERES

36-Endereço a RV
ANDREA BATISTA FERES

37-Endereço a RV
ANDREA BATISTA FERES

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cost	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Ocorrência	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	0	1	9 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
2-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	36	VO	1	1 1 3 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
3-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	1 1 3 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
4-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA									
5-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA									
6-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA									
7-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA									
8-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA									
9-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA									
10-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA									
11-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA									
12-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA									
13-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA									
14-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA									
15-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA									

43-Data Finalizado Tratamento 11/11/11 11/20	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Valor Total US 3116,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchisa / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	------------------------------	----------------------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/11/11 11/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 11/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/20

53-Data, local e Assinatura da Empresa
11/11/11 11/20

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-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), (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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observações