



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



No.

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/12/11 11/12/11		4-Data de Autorização 11/13/11 11/12/11		5-Sineta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8047581		7-Data Validade da Sineta 11/10/11 11/12/11		417734 INTERCÂMBIO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
Dados do Beneficiário																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
8-Número da Carteira 000202506065600597604				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa CNH LATIN AMERICA LTDA				11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11				12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
13-Nome JULIA FERNANDES												13-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11				14-Teléfono (11) 0000000000				15-Nome do titular do plano CESAR FERNANDES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
16-Atendimento a RN N												17-Nome do Profissional Solicitante LUZ ODONTO SAUDE INTEGRADA EMERGENCIA COMERCIAL				18-Número no CRO 9234				19-UF GO				20-Código CBO S 04				21-Código no CRO 9234				22-UF GO				23-Código CBO S 9234				24-UF GO				25-Código CBO S 9234				26-UF GO				27-Código CBO S 9234				28-UF GO				29-Código CBO S 9234				30-UF GO				31-UF GO				32-UF GO				33-UF GO				34-UF GO				35-UF GO				36-UF GO				37-UF GO				38-UF GO				39-UF GO				40-UF GO				41-UF GO				42-UF GO				43-UF GO				44-UF GO				45-UF GO				46-UF GO				47-UF GO				48-UF GO				49-UF GO				50-UF GO				51-UF GO				52-UF GO				53-UF GO				54-UF GO				55-UF GO				56-UF GO				57-UF GO				58-UF GO				59-UF GO				60-UF GO				61-UF GO				62-UF GO				63-UF GO				64-UF GO				65-UF GO				66-UF GO				67-UF GO				68-UF GO				69-UF GO				70-UF GO				71-UF GO				72-UF GO				73-UF GO				74-UF GO				75-UF GO				76-UF GO				77-UF GO				78-UF GO				79-UF GO				80-UF GO				81-UF GO				82-UF GO				83-UF GO				84-UF GO				85-UF GO				86-UF GO				87-UF GO				88-UF GO				89-UF GO				90-UF GO				91-UF GO				92-UF GO				93-UF GO				94-UF GO				95-UF GO				96-UF GO				97-UF GO				98-UF GO				99-UF GO				100-UF GO				101-UF GO				102-UF GO				103-UF GO				104-UF GO				105-UF GO				106-UF GO				107-UF GO				108-UF GO				109-UF GO				110-UF GO				111-UF GO				112-UF GO				113-UF GO				114-UF GO				115-UF GO				116-UF GO				117-UF GO				118-UF GO				119-UF GO				120-UF GO				121-UF GO				122-UF GO				123-UF GO				124-UF GO				125-UF GO				126-UF GO				127-UF GO				128-UF GO				129-UF GO				130-UF GO				131-UF GO				132-UF GO				133-UF GO				134-UF GO				135-UF GO				136-UF GO				137-UF GO				138-UF GO				139-UF GO				140-UF GO				141-UF GO				142-UF GO				143-UF GO				144-UF GO				145-UF GO				146-UF GO				147-UF GO				148-UF GO				149-UF GO				150-UF GO				151-UF GO				152-UF GO				153-UF GO				154-UF GO				155-UF GO				156-UF GO				157-UF GO				158-UF GO				159-UF GO				160-UF GO				161-UF GO				162-UF GO				163-UF GO				164-UF GO				165-UF GO				166-UF GO				167-UF GO				168-UF GO				169-UF GO				170-UF GO				171-UF GO				172-UF GO				173-UF GO				174-UF GO				175-UF GO				176-UF GO				177-UF GO				178-UF GO				179-UF GO				180-UF GO				181-UF GO				182-UF GO				183-UF GO				184-UF GO				185-UF GO				186-UF GO				187-UF GO				188-UF GO				189-UF GO				190-UF GO				191-UF GO				192-UF GO				193-UF GO				194-UF GO				195-UF GO				196-UF GO				197-UF GO				198-UF GO				199-UF GO				200-UF GO				201-UF GO				202-UF GO				203-UF GO				204-UF GO				205-UF GO				206-UF GO				207-UF GO				208-UF GO				209-UF GO				210-UF GO				211-UF GO				212-UF GO				213-UF GO				214-UF GO				215-UF GO				216-UF GO				217-UF GO				218-UF GO				219-UF GO				220-UF GO				221-UF GO				222-UF GO				223-UF GO				224-UF GO				225-UF GO				226-UF GO				227-UF GO				228-UF GO				229-UF GO				230-UF GO				231-UF GO				232-UF GO				233-UF GO				234-UF GO				235-UF GO				236-UF GO				237-UF GO				238-UF GO				239-UF GO				240-UF GO				241-UF GO				242-UF GO				243-UF GO			

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
13/11/2010 W/maç W/maç	13/11/2010 W/maç W/maç	13/11/2010 W/maç W/maç	13/11/2010 W/maç W/maç