

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
07/10/12

4-Data de Autorização
07/10/12

5-Santa
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8176538

7-Data Validade da Santa
07/10/12

448845
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00202504908500739203

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
POSITIVO INFORMATICA S A

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
FLAVIO BISALI BRAGA

08/09/2011

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
JACKSON BRAGA PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS

22-Nome do Contratado Executante
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS

18-Número no CRO
39372

19-UF
MG

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNU / CPF
06312468607

23-Número no CRO
39372

24-UF
MG

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS

27-Número no CRO
39372

28-UF
MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franguia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	5,08/01/12				
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	72,00	0,00	5,08/01/12				
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franguia / Co-participação R\$							
08/01/12	1-1-Tratamento Odontológico	1-1-Total 2-Parcial	110,00	110,00								

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
08/10/12

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
08/10/12

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
08/10/12

53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /

Ana Carolina Dias
Ortodontista
CRO MG 39372

Vy Jackson Braga Pereira