

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ANº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/3/10 5/12/21 4-Data de Autorização 10/3/10 5/12/21 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9856626 7-Data Validade da Senha 10/1/10 8/12/21

966016
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01021025105501601150179011 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12/1/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

MARTA REGINA GOMES DA SILVA

16/03/1967

14-Telefone

15-Nome do titular do plano MARTA REGINA GOMES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES

21-Código na Operação / CNPJ / CPF 141697433855 22-Nome do Contratado Executante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES

26-Nome do Profissional Executante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES

18-Número no CRO 138944 23-Número no CRO 138944 27-Número no CRO 138944

19-UF SP 24-UF SP 28-UF SP

20-Código CBO S 25-Código CNES 29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DenteRegião	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VPI	1	1 2 2 0 0	0 0 0 0	S	8/10/2010	BR	
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6 1 0 0	0 0 0 0	S	5/5/2010	BR	
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

CLIA ODONTO

RUA: CAQUITO, 57

TEL.: 3473-6655

43-Data Emissão Termino 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 Quantidade US 1 8 3 0 0 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Coparticipação R\$

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

Gabriela S. Cruz Goes

Chirurgia Dentista

CROSP 138944

Gabriela S. Cruz Goes

Chirurgia Dentista

CROSP 138944

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/10/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/10 CROSP 138944 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/10/10