



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ºº

307149
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/2014	4-Data de Autorização 21/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7517950	7-Data Validade da Guia 18/10/2014
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002025073677000201504	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANNA LYVIA TORRES DE CARVALHO		14-Telefone 18/10/2009	15-Nome do Ruir do plano LEANDRO SANTOS DE CARVALHO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIELE SILVA DE CARVALHO		18-Número no CRO 46464	19-UF RJ	20-Código CBO 3
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14651642780		22-Nome do Contratado Executante DANIELE SILVA DE CARVALHO	23-Número no CRO 46464	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DANIELE SILVA DE CARVALHO		27-Número no CRO 46464	28-UF RJ	29-Código CBO 3	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Cente/Região	35-Face	36-Quantidade US
1-000181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400
2-000181000014	CONDICIONAMENTO EM			1	7000
3-000181000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	7200
4-000181000000					
5-000181000000					
6-000181000000					
7-000181000000					
8-000181000000					
9-000181000000					
10-000181000000					
11-000181000000					
12-000181000000					
13-000181000000					
14-000181000000					
15-000181000000					
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 17600	47-Valor Total R\$ 0000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a associação 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 este 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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/05/2014 Daniele S. de Carvalho Cirurgião - Dentista CRO RJ 46464	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/05/2014 Leandro S. O. Carvalho	53-Data, local e Carimbo da Empresa		