

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



361490
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/08 11:20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7808465	7-Data Validade da Sanha 11/11/11 11:20
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 00012025073944000026002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SIND TRAB DA EDUC BASICA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Contrato Nacional de Saúde
13-Nome KARLLA PIRES SOUSA				
15-Data Validade da Guia 15/06/1990				
16-Atendimento a RN VIVIAN CARLA DE FELICIO				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07802093899				
22-Nome do Contratado Executante VIVIAN CARLA DE FELICIO				
23-Nome do Profissional Solicitante VIVIAN CARLA DE FELICIO				
24-UF SP				
25-Código CNEB SP				
26-Código CBO S 025 - Faturar Empresa				
27-Número no CRO 43558				

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Foto	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	11/11/11		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Faturamento	47-Valor Total R\$	48-Total Quantidade US	49-Total Franquia / Co-participação R\$						
	1	1	1	34,00	1	0,00						

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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa