



18-01-2013 10:00:00

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/2012	4-Data de Autorização 11/11/2012	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 7947655	7-Data Validade da Senha 07/10/12	393235 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário				12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 002020253108640000101021				11-Data Validade da Carteira 11/11/11		
13-Nome ANA CRISTINA DIOGO SINESIO SILVA				15-Nome do titular do plano CLAUDIO FERNANDO PEIXOTO SINESIO SILVA		
16-Atendimento a RN N				20-Código CBO S 025 -		
17-Nome do Profissional Solicitante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA				24-UF RJ		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0903582776				25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100226		
26-Nome do Profissional Executante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA				29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados				38-Franquia/Co-participação R\$		
30-Tabela				37-Valor		
31-Código do Procedimento				39-Aut		
32-Descrição				40-Data de Realização		
1-00185100226 RESTAURAÇÃO RESINA				41-Motivo da Glosa 42-Assinatura		
2-				Ac		
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
10-						
11-						
12-						
13-						
14-						
15-						
43-Data Previsão Término do Tratamento				46-Tipo de Atendimento		
44-Tipo de Atendimento				47-Valor Total R\$		
45-Tipo de Tratamento				48-Total Franquia / Co-participação 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 no 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

Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 22/11/2012 July Anne Mendonça da Silva	51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 22/11/2012 July Anne Mendonça da Silva	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/11/2012 Ana Luiza da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/11/2012 July Anne Mendonça da Silva Cirurgião Dentista CRC 015407
---	---	--	---