

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro AINS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/17/10 4-Data de Autorização 10/17/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7504210 7-Data Validade da Senha 10/16/10 8-Data Validade da Guia 10/17/10

9-Data do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/12/10 5-0 7-3 6-7 0-0 4-7 7-7 0-3 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome IAN THOR RODRIGUES OLIVEIRA 14-Telefone 15-Nome do titular do plano JULIO CESAR SAMPAIO OLIVEIRA

Dados do Contratado (Ressarcimento pelo Tratamento):

16-Atendimento a RN RENATA PINTO SARDENBERG COSTA 17-Nome do Profissional Solicitante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA 18-Número no CRO 16213 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18 9 9 1 2 9 8 2 7 1 5 1 22-Nome do Contratado Executante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA 23-Número no CRO 16213 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA 27-Número no CRO 16213 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados:

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraço	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Método da Classe	42-Assinatura
1-10	10	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3 4 1 0 0	0 1 0 0			10/17/10		
2-10	10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		3 6 1 0 0	0 1 0 0			10/17/10		
3-10	10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		3 6 1 0 0	0 1 0 0			10/17/10		
4-10	10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		3 6 1 0 0	0 1 0 0			10/17/10		
5-10	10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		3 6 1 0 0	0 1 0 0			10/17/10		
6-10	10											
7-10	10											
8-10	10											
9-10	10											
10-10	10											
11-10	10											
12-10	10											
13-10	10											
14-10	10											
15-10	10											

43-Data Previsto Tempo do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Toda 2-Parcial

46-Total Quantidade US

1 7 8 1 0 0

47-Valor Total R\$

10 10 10

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(ram) 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