



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/07/2012	4-Data de Autorização 20/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50177581	7-Data Validade da Senha 18/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037994062606678	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DANIELLE MEDEIROS		
11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701002869147298			
13-Nome DANIELLE MEDEIROS CORREIA LIMA		14-Telefone		15-Nome do titular do plano DANIELLE MEDEIROS CORREIA LIMA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA COSTA DA SILVA	18-Número no CRO 41376	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14533318578		22-Nome do Contratado Executante JULIANA COSTA DA SILVA		23-Número no CRO 41376	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Executante JULIANA COSTA DA SILVA		26-Número no CRO 41376		27-UF RJ	28-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-00181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US	
1-1-Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Ortodontia	
4-Urgência/Emergência		1-Total		2-Parcial	
47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		49-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 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
20/08/2012, faturado C. de Sinc

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
20/08/2012, faturado C. de Sinc

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/08/2012, faturado C. de Sinc

53-Data, local e Carimbo da Empresa
20/08/2012, faturado C. de Sinc

Dra. Juliana Costa
Cirurgiã-Dentista
CBO: 41376