

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1- Registro ANS
406414

3- Data de Emissão da Guia
11/02/2011

4- Data de Autorização
12/02/2011

5- Senha
AUTORIZADO

6- Número da Guia Principal
7396739

7- Data Validade da Senha
11/05/2011

285825
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira
0020250736700442104

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
ILZA CARLA BERNARDINO DIAS

24/09/1985

14- Telefone
() - - - - -

15- Nome do titular do plano
CARLOS EDUARDO SOARES DIAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16- Atendimento a RN
N

17- Nome do Profissional Solicitante
FERNANDA OLIVEIRA GONCALVES DA SILVA

18- Número no CRO
31762

19- UF
RJ

20- Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21- Código na Operadora / CNPJ / CPF
09757833789

22- Nome do Contratado Executante
FERNANDA OLIVEIRA GONCALVES DA SILVA

23- Número no CRO
31762

24- UF
RJ

25- Código CNES

26- Nome do Profissional Executante
FERNANDA OLIVEIRA GONCALVES DA SILVA

27- Número no CRO
31762

28- UF
RJ

29- Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guisa	42- Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	12/03/2011		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	12/03/2011		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	12/03/2011		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	12/03/2011		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Previsão Término do Tratamento

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
144,00

47- Valor Total R\$
0,00

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 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
12/03/2011 Dr. Fernando G. Silva

52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/03/2011 Carlos Eduardo Soares Dias

53- Data, local e Carimbo da Empresa

Cirurgião-Dentista
CRO-RJ 31762