

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



341363
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/2012	4-Data de Autorização 12/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7714888	7-Data Validade da Senha 15/11/2012
8-Número da Carteira 00020252847020000001014			9-Plano POS REDE PRESTADORA		
10-Data de Emissão da Guia 29/08/2008			11-Data Validade da Carteira		
12-Nome EVELLYN VITORIA DA SILVA ADÃO			13-Nome do titular do plano LUANA PEROLA DA SILVA		
14-Atendimento a RN N			15-Número no CRO 118776		
16-Atendimento a RN N			17-Número no CRO 118776		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 391520700846			22-Nome do Contratado Excludente REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES		
26-Nome do Profissional Excludente REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES			27-Número no CRO 118776		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente	34-Região	35-Face	36-Qtd	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Assinatura
1-0001810000065	1	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00	0,00		08/09/20	
2-0001830000089	2	EXODONTIA SIMPLES DE	55			1	73,00	0,00		08/09/20	
3-0001851000196	3	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0		1	61,00	0,00		08/09/20	
4-0001851000196	4	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0		1	61,00	0,00		08/09/20	
5-0001851000196	5	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0		1	61,00	0,00		08/09/20	
6-0001851000196	6	RESTAURAÇÃO RESINA									
7-0001851000196	7	RESTAURAÇÃO RESINA									
8-0001851000196	8	RESTAURAÇÃO RESINA									
9-0001851000196	9	RESTAURAÇÃO RESINA									
10-0001851000196	10	RESTAURAÇÃO RESINA									
11-0001851000196	11	RESTAURAÇÃO RESINA									
12-0001851000196	12	RESTAURAÇÃO RESINA									
13-0001851000196	13	RESTAURAÇÃO RESINA									
14-0001851000196	14	RESTAURAÇÃO RESINA									
15-0001851000196	15	RESTAURAÇÃO RESINA									

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Atendimento	1-Total 2-Parcial	290,00	0,00	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.

48-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
08/09/2012, Rua Samarao, 118776, Rebeca E. Samarao	08/09/2012, Rua Samarao, 118776, Rebeca E. Samarao	08/09/2012, Rua Samarao, 118776, Rebeca E. Samarao	

Dra. Rebeca E. Samarao
Cirurgiã Dentista
CRO: 118776