



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-A*

1-Registro A NS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2011	4-Data de Autorização 11/01/2011	5-Senha AUTOFIZADO	6-Número da Guia Principal 9465088	7-Data Validade da Senha 13/04/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número de Cartão 0002025225976000008902	12-Número do Cartão Nacional de Saúde				
13-Nome MARIA RUTH MIRANDA CARDOSO QUEIROZ					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KAIO AZEDO LEITE				
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 000118121251					
26-Nome do Profissional Executante KAIO AZEDO LEITE					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-1-Abdo 1-00018510102000	32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	33-Dentista 27 DP	34-Faixa 1	35-Cód 1	36-Quantidade US 88000
2-00018510102000	RESTAURAÇÃO RESINA	36 DV	1	1	88000
3-00018510102000	RESTAURAÇÃO RESINA	37 DV	1	1	88000
4-00018510102000	RESTAURAÇÃO RESINA				
5-00018510102000					
6-00018510102000					
7-00018510102000					
8-00018510102000					
9-00018510102000					
10-00018510102000					
11-00018510102000					
12-00018510102000					
13-00018510102000					
14-00018510102000					
15-00018510102000					
43-Data Próximo Término do Tratamento 11/01/2012					
44-Tipo de Atendimento 1					
45-1-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência					
46-Total Quantidade US 126400					
47-Valor Total R\$ 126400					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000					

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, coloco a assinatura do profissional responsável e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com o meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data Loc e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/2012	51-Data Loc e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2012
52-Data Loc e Assinatura da Empresa 11/01/2012	53-Data Loc e Assinatura da Empresa 11/01/2012