



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/2012	4-Data de Autorização 04/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8115423	7-Data Validade da Senha 03/10/2012	433948 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número de Carteira 0020202506065600597603	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH LATIN AMERICA LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome RAFAELA FERNANDES	14-Teléfono () 0000100000	15-Nome do titular do plano CESAR FERNANDES
------------------------------	-------------------------------	--

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante LUZ ODONTO SAUDE INTEGRADA EMERGENCIA COMERCIAL	18-Número no CRO 9234	19-UF GO	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00705676110	22-Nome do Contratado Executante MARCIA LUZ MARQUES	23-Número no CRO 9234	24-UF GO	25-Código CNES
--	--	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MARCIA LUZ MARQUES	27-Número no CRO 9234	28-UF GO	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

30-Tabella	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 Glusa 42-Assinatura
------------	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	----------------------------------

1	0018400090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	7200		000		04/12/2012	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 7200	47-Valor Total R\$ 0000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000
--	--	---	--------------------------------	----------------------------	---

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 04/12/2012 - w/par	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/12/2012 - w/par	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/12/2012 - w/par
---------------	---	---	---

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/12/2012 - w/par
