

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



319082
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/11/06/12/0

4-Data de Autorização
10/6/06/12/0

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7605370

7-Data Validade da Senha
13/01/08/12/0

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10/02/02/5030504000061303

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
BRAFFER CONSTRUÇOES

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11

15-Nome do titular do plano
JULIO CEZAR DELGADO PIRES

13-Nome
ISABELA OLIVEIRA SANTIAGO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento a RN
FLAVIA CARDOSO PEREIRA

17-Nome do Profissional Solicitante
FLAVIA CARDOSO PEREIRA

18-Número no CRO
20497

19-UF
RJ

20-Código CBO S
025-

25-Código CNES
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNU / CPF
0201577110769

22-Nome do Contratado Executante
FLAVIA CARDOSO PEREIRA

23-Número no CRO
20497

24-UF
RJ

26-Código CBO S

25-Nome do Profissional Executante
FLAVIA CARDOSO PEREIRA

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 Causa	42- Assinatura
1	100	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00			06/11/06	2030 X	
2	100	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00			06/11/06	2030 X	
3	100	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00			06/11/06	2030 X	
4	100	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00			06/11/06	2030 X	
5	100	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00			06/11/06	2030 X	
6	100											
7	100											
8	100											
9	100											
10	100											
11	100											
12	100											
13	100											
14	100											
15	100											
16	100											
17	100											
18	100											
19	100											
20	100											
21	100											
22	100											
23	100											
24	100											
25	100											
26	100											
27	100											
28	100											
29	100											
30	100											
31	100											
32	100											
33	100											
34	100											
35	100											
36	100											
37	100											
38	100											
39	100											
40	100											
41	100											
42	100											
43	100											
44	100											
45	100											
46	100											
47	100											
48	100											
49	100											
50	100											
51	100											
52	100											
53	100											
54	100											
55	100											
56	100											
57	100											
58	100											
59	100											
60	100											
61	100											
62	100											
63	100											
64	100											
65	100											
66	100											
67	100											
68	100											
69	100											
70	100											
71	100											
72	100											
73	100											
74	100											
75	100											
76	100											
77	100											
78	100											
79	100											
80	100											
81	100											
82	100											
83	100											
84	100											
85	100											
86	100											
87	100											
88	100											
89	100											
90	100											
91	100											
92	100											
93	100											
94	100											
95	100											
96	100											
97	100											
98	100											
99	100											
100	100											

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

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.

45-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Cartão da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável