

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/3/11 10/12/0 4-Data e Autorização 12/6/11 10/12/0 5-Série AUTORIZADO 7989396 6-Número da Guia Principal 7989396 7-Data Validade da Sanha 12/11/10 11/2/11

403340
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 5325815 00000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Data Validade da Carteira 11/1/11 11/1/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

LUCIANA VICTOR POMPEU NEVES

06/11/1973

14-Telefone

() -

15-Nome do Titular do Plano LUCIANA VICTOR POMPEU NEVES

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a FN 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC

18-Número no CRO 12838

19-UF MG

20-Código CBO S 09

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1742252516911 22-Nome do Contratado Executante ALMIRIO JOSE BORELI

23-Número no CRO 12833

24-UF MG

25-Código CNEB

26-Nome do Profissional Executante ALMIRIO JOSE BORELI

27-Número no CRO 12838

28-UF MG

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-UF	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	081000294	LEVANTAMENTO		1	1	2,22,10,0	0,00		S	28/10/2010		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
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\$							
11/11/11	1-Tratamento Odontológico	1-Totál 2-Parcial	2,22,10,0	0,00								

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima ap osentados, 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), 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

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável

Luciana Victor Pompeu Neves

Luciana Victor Pompeu Neves