



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2462002
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/12/09

4-Data de Autorização
11/12/09

5-Sanção
AUTORIZADO

6-Número de Guia Principal
14361714

7-Data Validada da Sinha
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Dados de Identificação

9-Número da Carteira
0002012506016155003545011

10-Plano
POS REDE PRESTADORA

11-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

12-Telefone

13-Nome
EDER SILVA ARAUJO

14-Data de Nascimento
14/07/1991

15-Endereço do Indicar do plano

16-Endereço do Indicar do plano
EDER SILVA ARAUJO

Dados de Contratação Responsável pelo Tratamento

17-Atendimento a RN
VISION IMAGINOLOGIA, DIAGNOSTICO E DOCUMENTACAO

18-Atendimento a RN
VISION IMAGINOLOGIA, DIAGNOSTICO E

19-Atendimento a RN
VISION IMAGINOLOGIA, DIAGNOSTICO E

20-Atendimento a RN
VISION IMAGINOLOGIA, DIAGNOSTICO E

21-Atendimento a RN
VISION IMAGINOLOGIA, DIAGNOSTICO E

22-Atendimento a RN
VISION IMAGINOLOGIA, DIAGNOSTICO E

23-Código na Ordem / CNPJ / CPE
050131698401001184

24-Código na Ordem / CNPJ / CPE
050131698401001184

25-Código na Ordem / CNPJ / CPE
050131698401001184

26-Código na Ordem / CNPJ / CPE
050131698401001184

27-Código na Ordem / CNPJ / CPE
050131698401001184

28-Código na Ordem / CNPJ / CPE
050131698401001184

29-Código na Ordem / CNPJ / CPE
050131698401001184

29-Nome do Profissional Executor
CESAR AUGUSTO DILLY GENEROSO COSTA

30-Endereço do Profissional Executor

31-Endereço do Profissional Executor

32-Endereço do Profissional Executor

33-Endereço do Profissional Executor

34-Endereço do Profissional Executor

35-Endereço do Profissional Executor

36-Endereço do Profissional Executor

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Atividade
1-00	810010405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	RMIE	1	1	78,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
2-00	810010421	RX PERIAPICAL		1	1	14,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dados Pessoais / Formulário do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Atendimento

46-Tipo de Atendimento

47-Tipo de Atendimento

48-Tipo de Atendimento

49-Tipo de Atendimento

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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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.

Ocorreu um erro no processamento da requisição. Favor verificar o layout do arquivo enviado e o preenchimento dos dados obrigatórios.

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data local e Assinatura do Responsável

53-Data local e Assinatura do Responsável

54-Data local e Assinatura do Responsável

55-Data local e Assinatura do Responsável

56-Data local e Assinatura do Responsável

57-Data local e Assinatura do Responsável

58-Data local e Assinatura do Responsável

59-Data local e Assinatura do Responsável

60-Data local e Assinatura do Responsável

61-Data local e Assinatura do Responsável

62-Data local e Assinatura do Responsável

63-Data local e Assinatura do Responsável

64-Data local e Assinatura do Responsável

65-Data local e Assinatura do Responsável

66-Data local e Assinatura do Responsável

67-Data local e Assinatura do Responsável

68-Data local e Assinatura do Responsável

69-Data local e Assinatura do Responsável

70-Data local e Assinatura do Responsável

71-Data local e Assinatura do Responsável

72-Data local e Assinatura do Responsável

73-Data local e Assinatura do Responsável

74-Data local e Assinatura do Responsável

75-Data local e Assinatura do Responsável

76-Data local e Assinatura do Responsável

77-Data local e Assinatura do Responsável

78-Data local e Assinatura do Responsável

79-Data local e Assinatura do Responsável

80-Data local e Assinatura do Responsável

81-Data local e Assinatura do Responsável

82-Data local e Assinatura do Responsável

83-Data local e Assinatura do Responsável

84-Data local e Assinatura do Responsável

85-Data local e Assinatura do Responsável

86-Data local e Assinatura do Responsável

87-Data local e Assinatura do Responsável

88-Data local e Assinatura do Responsável

89-Data local e Assinatura do Responsável

90-Data local e Assinatura do Responsável

91-Data local e Assinatura do Responsável

92-Data local e Assinatura do Responsável

93-Data local e Assinatura do Responsável

94-Data local e Assinatura do Responsável

95-Data local e Assinatura do Responsável

96-Data local e Assinatura do Responsável

97-Data local e Assinatura do Responsável

98-Data local e Assinatura do Responsável

99-Data local e Assinatura do Responsável

100-Data local e Assinatura do Responsável