

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



310288

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 10/04/10 15/12/10 4-Data de Autorização 10/06/10 15/12/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7541709 7-Data Validade da Sentença 10/12/10 18/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 15/23/54/41/10/00/01/19/02/1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa U A D METALURGICA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ELAINE ANDRADE DE FARIAS

28/07/1999

14-Teléfono () - - - - -

15-Nome do titular do plano KAIRE JHORGES NEVES BEZERRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante TATHIANE MOREIRA DA SILVA 18-Número no CRO 125515 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / ONU / CPE 13/9/61/20/62/87/0 22-Nome do Contratado Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA 23-Número no CRO 125515 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA 27-Número no CRO 125515 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5				
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 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 13/4/0/0/0 47-Valor Total R\$ 0/0/0/0/0 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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) 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 10/06/10/05/11/2010 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/06/10/05/11/2010 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/10/05/11/2010 Elaine 53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/06/10/05/11/2010

025 - Faturar Empresa

025515

CRO/SP