

2-N-

[illegible]



Indicador para o plano

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª



gisto ANS 6414	3-Data de Emissão da Guia 10/14/10 9/12/0	4-Data de Autorização 10/18/10 9/12/0	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7849702	7-Data Validade da Sentença 10/31/12 1/2/0
-------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	---

370309
INTERCÂMBIO

8-Data de Realização 10/2/0 2/5/0 7/3/6 7/0/0 1/7/2 8/0/1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	---	---------------------------------------

13-Plano RUMA ELIZA REIS	14-Telefone 03/08/1988	15-Nome do titular do plano BRUNA ELIZA REIS
-----------------------------	---------------------------	---

16-Data de Realização 10/18/10 9/12/0	17-Nome do Profissional Solicitante ASTOR PRECIOSO SILVA	18-Número no CRO 32127	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -
--	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Nome do Contratado Executante ASTOR PRECIOSO SILVA	22-Número no CRO 32127	23-UF RJ	24-Código CNES Faturar Empresa
--	---------------------------	-------------	-----------------------------------

25-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18/26/06/20/75/8	26-Código CBO S 32127	27-Número no CRO 32127	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	--------------------------	---------------------------	-------------	-----------------

31-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados	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 Recusa	42-Assinatura
0 0 1 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	1	3 4 1 0 0 0	0 0 1 0 0 0	0 0 1 0 0 0	1	10/18/10	1	10/18/10
0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3 6 1 0 0 0	0 0 1 0 0 0	0 0 1 0 0 0	1	10/18/10	1	10/18/10
0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3 6 1 0 0 0	0 0 1 0 0 0	0 0 1 0 0 0	1	10/18/10	1	10/18/10
0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3 6 1 0 0 0	0 0 1 0 0 0	0 0 1 0 0 0	1	10/18/10	1	10/18/10

43-Data de Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
1/1/1/1	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1 1 7 8 1 0 0	0 0 1 0 0	0 0 1 0 0

lento, 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.

Reservação

50-Data, local e Assinatura do Contratado Executante 10/18/10 9/12/0	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/18/10 9/12/0	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/18/10 9/12/0	53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/18/10 9/12/0
---	--	--	---