



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/09/11 4-Dia de Autorização 12/09/11 5-Série Autorizado 12/09/11 6-Número da Guia Principal 9238839 7-Dia Validade da Série 12/10/11 8-Número de Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002021510550605029011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Dia Validade da Carteira 12/10/11 12-Número de Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ALINE DE ANDRADE PEREIRA 14-Telefone 26/06/1984 15-Nome do titular do plano ALINE DE ANDRADE PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matrimônio a RN 17-Nome do Profissional Solicitante VANESSA CARVALHO SILVA MARTINS 18-Número no CRO 114702 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200158-17

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 36090230820 22-Nome do Contratado Executante VANESSA CARVALHO SILVA MARTINS 23-Número no CRO 114702 24-UF SP 25-Código CHES 26-UF SP 27-Número no CRO 114702 28-UF SP 29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante VANESSA CARVALHO SILVA MARTINS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Cláusula	42-Assinatura
1-0	085200158	TRATAMENTO ENDODONTICO	17	1	153300	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Almeida
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia de Encerramento do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 533300 47-Valor Total R\$ 0,00 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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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

20/11/11 20/11/11

20/11/11 20/11/11

50-Dia e Assinatura do Beneficiário 51-Dia e Assinatura do Profissional 52-Dia e Assinatura do Responsável 53-Dia e Assinatura da Empresa