

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-MP

395032
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/11 10:12:00	4-Data de Autorização 11/06/11 10:12:00	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7954866	7-Data Validade da Sineta 11/10/11 12:11
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS		11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11:11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0002025073670003924011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Nome WASHINGTON OMAR DA SILVA		14-Telefone (11) 1111-1111	
15-Nome WASHINGTON OMAR DA SILVA		16-Data de Nascimento 05/04/1976		15-Nome do titular do plano WASHINGTON OMAR DA SILVA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Endereço a RN ERICA SILVA DO NASCIMENTO		17-Nome do Profissional Solicitante ERICA SILVA DO NASCIMENTO		18-Número no CRO 45734		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1131615131616775		22-Nome do Contratado Excusante ERICA SILVA DO NASCIMENTO		23-Número no CRO 45734		24-UF RJ		25-Código CNES		26-UF RJ	
26-Nome do Profissional Excusante ERICA SILVA DO NASCIMENTO		27-Número no CRO 45734		28-UF RJ		29-Código CBO S					

Plano de Tratamento: Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Regido	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-000815100196		RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	161,00	0,00	0,00	12/10/11	10/12/11	12/10/11
2-000815100196		RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	161,00	0,00	0,00	12/10/11	10/12/11	12/10/11
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11 11:11	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 1122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

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), 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

Dr. Erica S. do Nascimento		Dr. Erica S. do Nascimento	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/11 10:12:00	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 12/10/11 10:12:00	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/11 10:12:00	53-Data, local e Cuiabio da Empresa 11/11/11 11:11