

GUÍA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/5/11 01/210	4-Dia de Autorização 10/7/11 01/210	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 50166697	7-Dia Validade da Senha 10/3/11 01/211
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

8-Número da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 0 3 2 8 2 2 3 5 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa ESPACO SERVICOS ES	11-Dados Validados da Carteira / /
12-Número do Cadastro Nacional de Saúde 898003928356587	
13-Nome SIMONE NOGUEIRA MARQUES RODRIG	14-Teléfono () -
15-Nome do titular do plano SIMONE NOGUEIRA MARQUES RODRIG	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANNA CAROLINA VAMPRE CALDERON	18-Número no CHO 32105	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Especialista Emendocodon
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

24-Código na Operadora / CNPJ / CPF	1271385740847
22-Nome do Contratado Executante	ANINA CAROLINA VAMPRE CALDERON
23-Número no CRO	32105
24-Uf	RJ
25-Código CNES	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO 3
ANNA CAROLINA VAMPRE CALDERON	32105	RJ	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Demon/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Mat	40-Data de Realização	41-Motivo da Gêsea	42-Assinatura
1-000	82000980	IMPLANTE ÔSSEO INTEGRADO	25		1	2093,00	0,00		S			
2-000	82000344	CIRURGIA ODONT COM	AS		1	1474,00	0,00		S			
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirtonomia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

3567,00

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. Devidor, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo 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 quando previsto em contrato.

49-Observação

Atualizado USO dentista da guia via planilha. Atualizado USO beneficiário da guia via planilha. Atualizado USO dentista da guia via planilha. Atualizado USO beneficiário da guia via planilha.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário-Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
04/11/2011	04/11/2011	04/11/2011	04/11/2011

Dra Anna Valupré
Cirurgia Maxilofacial
32 105

