

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/17/10 16/12 01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50166738	7-Data Validade da Senha 11/15/10 19/12 01
--------------------------	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 10103179994064557150101	10-Empresa EMPRESA BRASILEIRA
11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703601031091339

13-Nome SOFIA DOS REIS FERREIRA	
14-Telefone (1111) 11111111	
15-Data Validade da Carteira 14/07/2006	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Advertimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO CARVALHO DA SILVA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1017115012431703111	
22-Nome do Contratado Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA	

26-Nome do Profissional Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA	
27-Número no CBO S 27455	

18-Número no CRO 27455	
19-UF RJ	
20-Código CBO S 801 -	
24-UF RJ	
25-Código CNES Faturar Empresa	
28-UF RJ	
29-Código CBO S	

30-Tabela		31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	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
-----------	--	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	----------------------------------

1-010118410000119181	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	1	1	35110101	0110101	1111	11	11/11/06	x Brnla
2-1010118410000119181	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	1	35110101	0110101	1111	11	11/11/06	x Brnla
3-1010118410000119181	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	1	35110101	0110101	1111	11	11/11/06	x Brnla
4-1010118410000119181	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	1	35110101	0110101	1111	11	11/11/06	x Brnla
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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-Valor Total US 1111141010101	47-Valor Total R\$	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) 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	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 11/11/06 27455	51-Data, local e Assinatura do Profissional 11/11/06 27455	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/11/06 27455	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------