



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/2012	4-Data de Autorização 04/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7841772	7-Data Validade da Senha 01/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

368506

8-Número da Carteira 00202506516500039004	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa STK SISTEMAS DO BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome VITOR PEREIRA DE SOUZA	14-Telefone () 975715335	15-Nome do titular do plano ALLISON DE DEUS SOUZA
-----------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RV ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06312468607	22-Nome do Contratado, Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	18-Número no CHO 39372	19-UF MG	20-Código CBO S
--	--	---------------------------	-------------	-----------------

26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	23-Número no CHO 39372	24-UF MG	25-Código CNES	27-Número no CHO 39372	28-UF MG	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-Mot	42-Assinatura
1	0	0	8	1	0	0	0	6	5				
2	0	0	8	4	0	0	0	9	0				
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franc		49-Participação R\$	
14/09/2012		1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-1-Total 2-Parcial		1106,00		10,00		10,00		10,00	

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), 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Ortodontia

CRO-MG 39372

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

Dr. Flávio Leves de Almeida Braga