

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

395032
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/13/11 10/12/01	4-Data de Autorização 11/16/11 10/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7954866	7-Data Validade da Senha 11/11/11 01/12/11
8-Número da Carteira 00020250736700003924011			10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS		
13-Nome WASHINGTON OMAR DA SILVA			11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11		
12-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento WASHINGTON OMAR DA SILVA			15-Nome do titular do plano WASHINGTON OMAR DA SILVA		
16-Atendimento a RN N			18-Número no CRO 45734		
17-Nome do Profissional Solicitante ERICA SILVA DO NASCIMENTO			19-UF RJ		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11316151316161775			23-Número no CRO 45734		
22-Nome do Contratado Excecilante ERICA SILVA DO NASCIMENTO			24-UF RJ		
26-Nome do Profissional Excecilante ERICA SILVA DO NASCIMENTO			25-Código CNES		
27-Número no CRO 45734			28-UF RJ		

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-010815110011916		RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	611000	01000	01000	10/10/10	10/10/10	
2-010815110011916		RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	611000	01000	01000	10/10/10	10/10/10	
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11 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 R\$ 112200	47-Valor Total R\$ 1000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1000
---	--	---	------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, custos, 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 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 Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/11 10/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/11 10/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/11 10/12/10
---------------	--	--	--