

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 4-Data de Autorização 11/11/10 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8279986 7-Data Validade da Semeta 10/09/10 8-Data Validade da Semeta 10/09/10 9-Data Validade da Semeta 10/09/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010120121534933100101011 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome SILVIA REGINA FONTES XAVIER BOTELHO

25/11/1963

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO GARCIA DE SOUZA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10151715181011917210 22-Nome do Contratado Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA

26-Nome do Profissional Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA

18-Número no CRO 38540 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 85100200 27-Número no CRO 38540 28-UF RJ 29-Código CBO S (1) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Realização	42-Assinatura
1-000	1810000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,00			08/11/10	21	
2-000	1853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	1	36,00			08/11/10	21	
3-000	1853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	1	36,00			08/11/10	21	
4-000	1853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	1	36,00			08/11/10	21	
5-000	1853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	1	36,00			08/11/10	21	
6-000	1851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	D		1	1	61,00			10/11/10	21	
7-000	1851002101	RESTAURAÇÃO RESINA	OM		1	1	88,00			10/11/10	21	
8-000	1851002101	RESTAURAÇÃO RESINA	OM		1	1	88,00			10/11/10	21	
9-000	1851002101	RESTAURAÇÃO RESINA	DO		1	1	88,00			10/11/10	21	
10-000	1851002101	RESTAURAÇÃO RESINA	DO		1	1	88,00			10/11/10	21	
11-000	1851002101	RESTAURAÇÃO RESINA	OM		1	1	88,00			10/11/10	21	
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/10	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	679,00	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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação: Anexar RX para as faces proximais para análise na Produção

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