

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



306291
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 14/04/2011 4-Data de Autorização 16/04/2011 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7510909 7-Data Validade da Senha 13/07/2011

8-Número da Carteira 00202507367000404401 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MATHEUS MAURICIO BAHIA DE SOUZA 11/10/1994 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MATHEUS MAURICIO BAHIA DE SOUZA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA OLIVEIRA GONCALVES DA SILVA 18-Número no CRO 31762 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09757833789 22-Nome do Contratado Executante FERNANDA OLIVEIRA GONCALVES DA SILVA 23-Número no CRO 31762 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante FERNANDA OLIVEIRA GONCALVES DA SILVA 27-Número no CRO 31762 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		S	14/04/2011		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão 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\$							
11/04/2011	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	34,00	0,00								

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

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

Dr. Fernando G. Silva
Cirurgião - Dentista
CRO RJ 31762