



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/9/11 01/12/11 4-Data de Autorização 12/9/11 01/12/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9238205 7-Data Validade da Senha 12/7/10 11/12/12

763141
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Aluno da Carteira 10 0 2 0 2 5 1 0 5 0 6 0 1 6 3 4 7 0 1 1

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade de Carteira

12-Número de Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ROBERTA SILVA VIANA DOS SANTOS

27/09/1974

15-Nome do titular do plano ROBERTA SILVA VIANA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN 17-Nome do Profissional Solicitante VANESSA CARVALHO SILVA MARTINS

18-Número no CRO 114702

19-UF SP

20-Código CBO S

25-Código CNES Enviar - RX (1F) 85200166-35

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13 6 0 9 0 2 3 0 8 2 0

22-Nome do Contratado Executante VANESSA CARVALHO SILVA MARTINS

23-Número no CRO 114702

24-UF SP

25-Código CNES

28-UF SP

29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante VANESSA CARVALHO SILVA MARTINS

27-Número no CRO 114702

28-UF SP

29-Código CBO S

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	0 0 1 8 5 2 0 0 1 6 6	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	35	1	1	2 5 8 0 0	0 0 0 0			29/10/11		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Dados Prováveis Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
25/11/11	1	1	2 5 8 0 0	10 0 0 0								

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(ram) 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

Dra Vanessa Martins

Dra Vanessa Martins

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 25/11/11, SP, 114702, 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 25/11/11, SP, 114702, 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 25/11/11, SP, 114702, 53-Data, local e Assinatura da Empresa: 25/11/11, SP, 114702