

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 408414 3-Data de Emissão da Guia 10/10/12 4-Data de Autorização 10/17/10 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7386302 7-Data Validade da Santa 11/01/15 8-Data Validade da Santa 11/01/15

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102102 9-Data de Nascimento 10/10/12 10-Data de Autorização 10/17/10 11-Data Validade da Carteira 11/01/15 12-Número do Cartão Nacional de Saúde INTERCAMBIO

13-Nome CLAUDIA RIBEIRO DA SILVA

19/11/1983

14-Telefone () 15-Nome do titular do plano MARCIO RODRIGUES COSTA

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a ROL 17-Nome do Profissional Responsável BEATRIZ DEMARCH SIQUEIRA CAMPOS 18-Número no CRO 113097 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 141181043610181641 22-Nome do Contratado Exatante BEATRIZ DEMARCH SIQUEIRA CAMPOS 23-Número no CRO 113097 24-UF SP 25-Código CNES 26-Código CBO S

26-Nome do Profissional Encarregado BEATRIZ DEMARCH SIQUEIRA CAMPOS

27-Número no CRO 113097 28-UF SP 29-Código CBO S

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Teles	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Demonstração	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-As
1-0	10	61510	ORTODONTIA PLANE			126101010	0101010			01/03/20		CLAUDIA
2-0												
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação							
	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Franquia	26101010	101010								

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 do tratamento. 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Obervação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/10/12 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/12 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/12 CLAUDIA RIBEIRO DA SILVA 53-Data, local e Carimbo da Empresa