



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Ne

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 11/20J		4-Data de Autorização 10/2/11 12/20J		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8097558		7-Data Validade da Senha 12/5/10 2/12/11		429668 INTERCÂMBIO							
Dados do Beneficiário												12-Número de Cartão Nacional de Saúde							
8-Número de Carteira 100210215081627160001514011												9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa O V D IMPORTADORA E		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11		12-Número de Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARCOS ROQUE DOS SANTOS												14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano MARCOS ROQUE DOS SANTOS					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																			
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR										18-Número no CRO 94101		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 117151621818971111		22-Nome do Contratado Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR										23-Número no CRO 94101		24-UF SP		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Excutante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR		27-Número no CRO 94101										28-UF SP		29-Código CBO S					

[illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento	/ /	/ /	/ /
44-Tipo de Atendimento	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência		
45-Tipo de Faturamento	1-Total 2-Parcial		
46-Total Quantidade US	5	1	0
47-Valor Total R\$	0	0	0
48-Total Franquia / Co-participação R\$	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 obrigações 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), oferecem tratamento(s) a pagar em meu nome e por minha conta, e que não foi contratado que, assim, esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometo e vou arcar com os custos previsto em contrato.

48. Observação

CRO 94101

Av. São João, 473 - Ponta São João

Unifid - SP Tel. 4523-3350

51. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

18/1/12 11:20 X

52. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

18/1/12 11:20