

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

320477
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 10/14/10 6/12/10
5-Senha AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 7613390
7-Data Validade da Senha 10/12/10 9/11/12 10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/012/02 522357000377011
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LILIAN CRISTINA ALMEIDA CARDOSO

07/06/1980

14-Teléfono

15-Nome do titular do plano LILIAN CRISTINA ALMEIDA CARDOSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

15-Atendimento a RN
17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1938194813253
22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO

28-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO

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 Cláusula 42-Assinatura
1-01084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00		10/04/10	bilian
2-01084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00		10/04/10	bilian
3-01084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00		10/04/10	bilian
4-01084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00		10/04/10	bilian
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Fracturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$						
			1-Total 2-Parcial	140,00	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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cartão de Empresa

55-Data, local e Assinatura do Profissional

56-Data, local e Assinatura do Profissional

Lilian Cristina Almeida Cardoso