



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/2011	4-Data de Autorização 12/05/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8172425	7-Data Validação da Senha 10/05/2011	447630 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

8-Número da Carteira 100201253071780000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LUIS ANDRE DA SILVA MACIEL	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome LUIS ANDRE DA SILVA MACIEL		14-Teléfono () - - - - -		15-Nome do titular do plano LUIS ANDRE DA SILVA MACIEL	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA		18-Número no CRO 26161	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 184576537091		22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA		19-UF RS	
26-Nome do Profissional Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA		23-Número no CRO 26161		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
27-Número no CRO 26161		24-UF RS		25-Código CNES	
28-UF RS		29-Código CBO S			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Cop-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8100030			1	34,00	0,00					
2-0	0	85300047			1	36,00	0,00					
3-0	0	85300047			1	36,00	0,00					
4-0	0	85300047			1	36,00	0,00					
5-0	0	85300047			1	36,00	0,00					
6-1					1	36,00	0,00					
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
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 no 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 30/08/2011 300000					
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/08/2011 300000					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/08/2011 300000					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 300000					