



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/17/10 18/12/10	4-Data de Autorização 11/19/10 18/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7769720	7-Data Validade da Senha 10/15/11 11/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário					
-----------------------	--	--	--	--	--

8-Número da Carteira 10102012151105150601186311011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SOLANGE DA SILVA PEREIRA VIEIRA		14-Teléfono () - - - - -		15-Nome do titular do plano SOLANGE DA SILVA PEREIRA VIEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
---	--	--	--	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SUNAO AMBROSIO	18-Número no CRO 96982	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 35304700821	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SUNAO AMBROSIO	23-Número no CRO 96982	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SUNAO AMBROSIO	27-Número no CRO 96982	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
1-010	18530001471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	11	136	1010	101010	101010	101010	101010	101010	
2-010	18530001471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	11	136	1010	101010	101010	101010	101010	101010	
3-010	18530001471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	11	136	1010	101010	101010	101010	101010	101010	
4-010	18530001471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	11	136	1010	101010	101010	101010	101010	101010	
5-010												
6-010												
7-010												
8-010												
9-010												
10-010												
11-010												
12-010												
13-010												
14-010												
15-010												

43-Data Prevista Término do Tratamento 16/11/12/10	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 11441010	47-Valor Total R\$ 101010	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 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/10 18/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11/11
--	--	--	--