



Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



455073
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/11 12 11	4-Data de Autorização 12/15/10 11 12 11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8201621	7-Data Validade da Senha 15/10/11 12 11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020125307178000000101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA				
13-Nome LUIS ANDRE DA SILVA MACIEL	29/08/1974				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENTAL DOC	18-Número no CRO 11316	19-UF RS	20-Código CBO S 09	25-Código CNES 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1701539197068	22-Nome do Contratado Executante GABRIELA DE LIMA E SILVA CARVALHO HYPOLITO	23-Número no CRO 11316	24-UF RS	25-Código CNES Envia - RX (I) 81000405	29-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante GABRIELA DE LIMA E SILVA CARVALHO HYPOLITO					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-01081000405	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 7800
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
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 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

12/15/10 11 12 11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/15/10 11 12 11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/15/10 11 12 11

53-Data, local e Assinatura do Emprego

12/15/10 11 12 11

CNPJ: 30249050/0001-78

