



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4x



282210
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/2012	4-Data de Autorização 11/01/2012	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7375656	7-Data Validade da Guia 10/04/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 000202020073670000340202020	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Seguro 11/11/11
---	--------------------------------	---	--	--

13-Nome FERNANDA DE CARVALHO ROQUE	14-Telefone (11) 010010101010	15-Nome do titular do plano ANDERSON DE AGUIAR SOARES
---------------------------------------	----------------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SHAYENNE FRULANI GOMES PASSOS	18-Número no CRO 41350	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 11614282757	22-Nome do Contratado Executante SHAYENNE FRULANI GOMES PASSOS	23-Número no CRO 41350	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
--	---	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante SHAYENNE FRULANI GOMES PASSOS	27-Número no CRO 41350	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	10,00	11	1	10/02/2012		Flora
2-0	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	10,00	11	1	10/02/2012		Flora
3-0	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	10,00	11	1	10/02/2012		Flora
4-0	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	10,00	11	1	10/02/2012		Flora
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsto 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, compreendendo-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), 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante 11/11/02/12	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista 11/11/02/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/02/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11/11
---	---	--	--

Flora, SHAYENNE FRULANI GOMES PASSOS
Cirurgião-Dentista
CRM 17325