

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414	2-Dia de Emissão da Guia 11/08/2012	3-Data de Autorização 11/2/103/12/11	4-Série AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8307523	6-Data Validação da Série 11/9/105/12/11	7-Data Validação da Série 11/9/105/12/11	8-Data Validação da Série 11/9/105/12/11
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	---	---	---

9-Valor da Carteira 010202535615100000101	10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Data Validação da Carteira 11/11/11/11	12-Data Validação da Carteira 11/11/11/11
--	---------------------------------	--	--

13-Nome MARIA APARECIDA DE CASTRO EVANGELISTA	14-Data Validação da Carteira 05/05/1981	15-Nome do titular do plano MARIA APARECIDA DE CASTRO EVANGELISTA
--	---	--

16-Atendimento a RN NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	17-Nome do Profissional Solicitante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	18-Número no CRO 10035	19-UF CE	20-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
---	---	---------------------------	-------------	--

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 0105628727369	22-Nome do Contratado Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	23-Número no CRO 10035	24-UF CE	25-Código CHES (1) 85100200
--	--	---------------------------	-------------	--------------------------------

26-Nome do Profissional Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	27-Número no CRO 10035	28-UF CE	29-Código CBO 3
--	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-0	01	851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	D	1	16,10	0,10	1	11/2/2012	R\$	Assinatura
2-0	01	851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OV	1	8,80	0,10	1	11/2/2012	R\$	Assinatura
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Dia de Emissão da Guia 11/09/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1149,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,11
---	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

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 autorizado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a prestadora 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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Nayra E. C. Nobre Cirurgião-Dentista CRO 10035	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Nayra E. C. Nobre Cirurgião-Dentista CRO 10035	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Aparecida Assinatura	53-Dia, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	------------------------------------

Digitalizado com CamScanner