

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 4-Data de Autorização 11/01/11 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9446608 7-Data Validade da Serinha 10/08/10 8-Data Validade da Serinha 11/02/12

832807
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002021510151060174111021

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número de Cartão Nacional de Saúde

13-Nome EDNA MARIA DE OLIVEIRA

14/01/1953

14-Telefone () -

15-Nome do Titular do plano JOAO CARLOS DE OLIVEIRA JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN 17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES

18-Número no CRO 138944

19-UF SP

20-Código CBO S

21-UF SP

22-Código CNES

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 141697433855

22-Nome do Contratado Executante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES

23-Número no CRO 138944

24-UF SP

25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES

27-Número no CRO 138944

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-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-0	0810000165	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,10	0,10	0,10	11	10/01/10	Edna	
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 10/02/11 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 34,10

47-Valor Total R\$ 0,10

48-Total Franchisa 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

Gabriela S. Cruz Goes
Cirurgiã Dentista

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/02/11
GABRIELA S. CRUZ DE GOES
CRO SP 138944

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/02/11
CRO SP 138944

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/02/11
Edna

53-Data local e Carimbo da Empresa 11/01/12