

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 02/11/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50210447		7-Data Validade da Senha 02/10/13		432901 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00373195008915115		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30		11-Data Validade da Carteira 00/00/00		12-Número do Contrato Nacional de Saúde 700203497362029	
13-Nome TOM ERICK WESTPHAL DE AZEREDO		14-Telefone () - - - - -		15-Data de Nascimento 26/09/2007		16-Data de Emissão da Guia 02/11/2012		17-Nome do Profissional Solicitante ANDREA BATISTA FERES		18-Nome do titular do plano SERGIO VASCONCELOS DE AZEREDO	
19-Data de Emissão da Guia 02/11/2012		20-Data de Autorização 02/11/2012		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0117051217702		22-Nome do Contratado Exequente ANDREA BATISTA FERES		23-Número no CRO 22644		24-UF RJ	
25-Nome do Profissional Exequente ANDREA BATISTA FERES		26-Nome do Contratado Exequente ANDREA BATISTA FERES		27-Número no CRO 22644		28-UF RJ		29-Código CBO S 801 -		30-Faturar Empresa	
31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Foco		35-Cid		36-Quantidade US	
30-Teled	31-Código do Procedimento	32-Descrição		33-Dente/Região		34-Foco		35-Cid		36-Quantidade US	
1-00181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA									37-Autor	
2-00184000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR									38-Franquia/Co-participação R\$	
3-1										39-Aut	
4-1										40-Data de Realização	
5-1										41-Motivo da Guia	
6-1										42-Assinatura	
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
43-Data Previsto Término do Tratamento 02/11/2012		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-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		47-Valor Total R\$		48-Valor Total R\$	
49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
GTO assinado pela mãe Rosângela W. de Azeredo		André Batista Feres		André Batista Feres		André Batista Feres		André Batista Feres		André Batista Feres	
02/11/2012		02/11/2012		02/11/2012		02/11/2012		02/11/2012		02/11/2012	

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.