

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

395046
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Dia de Emissão da Guia 11/13/11/10/12/01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7954887		7-Data Validade da Senha 11/11/10/11/21	
Dados do Beneficiário									
8-Número da Carteira 10012025073670003924011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome WASHINGTON OMAR DA SILVA		13-Data 05/04/1976		14-Telefone		15-Nome do titular do plano WASHINGTON OMAR DA SILVA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ERICA SILVA DO NASCIMENTO		18-Número no CRO 45734		19-UF RJ		20-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 113653166775		22-Nome do Contratado Executante ERICA SILVA DO NASCIMENTO		23-Número no CRO 45734		24-UF RJ		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ERICA SILVA DO NASCIMENTO		27-Número no CRO 45734		28-UF RJ		29-Código CBO S			
Plano de Tratamento - Protocolos Solicitados									
30-Tabella		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente-Região		34-Face	
1-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA		44		V		1	
2-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA		46		V		1	
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-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$	
11/11/11		1-Tratamento Odontológico		1-Total 2-Parcial		1122100		0000	
48-Total Franquia / Co-participação R\$									
000000									

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 Contratado Solicitante 12/10/11 10/12/01		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/11 10/12/01	
52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/11 10/12/01		53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11	