



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2 AN

363730 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/05/08 4-Data de Autorização 12/05/08 5-Sineta PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 363730 7-Data Validade da Sineta 23/11/11 8-Plano POS REDE PRESTADORA 9-Empresa SIND TRAB DA EDUC BASICA 10-Telefone (14) 9980428 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Contrato Nacional de Saúde DOUGLAS BARBOSA SOUSA 13-Data Validade da Carteira 14-Telefone (14) 9980428 15-Nome do Titular do plano DOUGLAS BARBOSA SOUSA 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante VIVIAN CARLA DE FELICIO 18-Número no CBO S 43558 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07802093899 22-Nome do Contratado Executante VIVIAN CARLA DE FELICIO 23-Número no CRO 43558 24-UF SP 25-Código CNEB Enviar - RX (1) 85100200 26-Nome do Profissional Executante VIVIAN CARLA DE FELICIO 27-Número no CRO 43558 28-UF SP 29-Código CBO S (1) 85100218

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Asignatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	MO	1	88,00	0,00	0,00	0,00	29/09/29	29
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	0,00	0,00	29/09/29	29
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	ODV	1	122,00	0,00	0,00	0,00	29/09/29	29
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	0,00	29/09/29	29
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	0,00	29/09/29	29
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	0,00	29/09/29	29
7	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	0,00	29/09/29	29
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Fraturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 4111,00 47-Valor Total R\$ 4111,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

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.

48-Observação
 50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante
 51-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 53-Data, local e Carimbo de Empresa