



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º ANO



1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 11/01/2013
4-Data de AutORIZAÇÃO 11/01/2013
5-Senha AUTORIZADO

298969
INTERCAMBIO

6-Número da Guia Principal 7469015
7-Data Validade da Senha 10/08/2016
8-Número da Carteira 10020125105106001418011
9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome JUDITE DE ARAUJO COSTA
14-Telefone ()
15-Data Validade da Carteira
16-Nome do Titular do plano JUDITE DE ARAUJO COSTA
17-Número do Cartão Nacional da Saúde

18-Atendimento a RN

19-Nome do Profissional Solicitante LUIS FERNANDO BARATA DA SILVEIRA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 131462824889
22-Nome do Contratado Executante LUIS FERNANDO BARATA DA SILVEIRA

23-Nome do Profissional Executante LUIS FERNANDO BARATA DA SILVEIRA
24-UF SP
25-Código CRO S 025
26-UF SP
27-Código CRO S 86646
28-UF SP
29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1	008540076	COROA PROVISÓRIA COM PINO	22	1	1	154,00	0,00			11/01/2013		
2	004081	NUCLEO METALICO BIPARTIDO	22	1	1	36,00	0,00			11/01/2013		
3												
4												
5												
6												
7												
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-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 514,00

47-Valor Total R\$ 0,00

48-Total Franquia / 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) 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 Cirurgião-Dentista Solicitante
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
53-Data, local e Carimbo da Empresa

CRO-SP 86646