



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
13/01/01/12/11

4-Data de Autorização
05/02/12/11

5-Santa
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8251937

7-Data Validade da Senha
30/01/04/12/11

466107
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00202025105106018345011

13-Nome
PRISCILA MARA FREITAS

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11

15-Nome do titular do plano
PRISCILA MARA FREITAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES

18-Número no CRO
118776

19-UF
SP

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
3952070084611

22-Nome do Contratado Executante
REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES

23-Número no CRO
118776

24-UF
SP

25-Código CNES
25-Código CBO S
118776

26-Nome do Profissional Executante
REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES

27-Número no CRO
118776

28-UF
SP

29-Código CBO S

Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										32-Descrição	33-Dente	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
30-Tabella	31-Código do Procedimento																		
1-0	01851100218	RESTAURAÇÃO RESINA																	
2-																			
3-																			
4-																			
5-																			
6-																			
7-																			
8-																			
9-																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			

43-Data Previsto Término do Tratamento
05/02/12/11

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
1122100

47-Valor Total R\$
000000

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 pagar em minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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
05/02/12/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado
05/02/12/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
05/02/12/11

53-Data, local e Carimbo da Empresa
05/02/12/11