



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

296855
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senna
03/10/16 12:00

6-Número da Guia Principal
7456262

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/10/13 12:00

3-Data de Emissão da Guia
05/10/13 12:00

1-Registro ANS
406414

8-Número da Carteira

10-Data de Emissão da Guia

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
POSITIVO INFORMATICA S A

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

CARLOS ANDRE LOBATO DE OLIVEIRA

14-Telefone

(134) 3311511031

15-Nome do titular do plano

CARLOS ANDRE LOBATO DE OLIVEIRA

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
ARIVALDA EURIPEDES DA SILVA

21-Código da Operadora / CNPJ / CPF

16101131913126101111

23-Número no CRO

48860

24-UF

MG

25-Código CNES

48860

26-Número no CRO

48860

27-Número no CRO

48860

28-UF

MG

29-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

Enviar - RX

(IF) 85200158-37

30-Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

ARIVALDA EURIPEDES DA SILVA

32-Descrição

TRATAMENTO ENDODONTICO

33-Dente/Região

37

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação RS

39-Aut

40-Data de Realização

41-Móvio da Glisa 42-Assinatura

43-Data Previsão 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

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

Favor anexar RX Inicial e Final para produção

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

10/11/07 11/12/01

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

10/11/07 11/12/01

52-Data, local e Assinatura da Empresa

10/11/07 11/12/01

53-Data, local e Assinatura 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.

54-Data, local e Assinatura 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.

55-Data, local e Assinatura 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.