



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

308268
INTERCAMBIO

1.º

3.º

4.º

5.º

6.º

7.º

8.º

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/14/10/4/12/01	4-Data de AutORIZAÇÃO 12/14/10/4/12/01	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7525965	7-Data Validade da Guia 12/13/10/17/12/01
--------------------------	---	---	----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102025096210200089001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 12/13/10/17/12/01	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome

RAFAEL MARTINS DAS NEVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

28/12/1983

14-Teléfono

15-Nome do titular do plano
RAFAEL MARTINS DAS NEVES16-Atendimento a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
LUIS FERNANDO BARATA DA SILVEIRA21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
131141628124889
22-Nome do Contratado Executante
LUIS FERNANDO BARATA DA SILVEIRA26-Nome do Profissional Executante
LUIS FERNANDO BARATA DA SILVEIRA18-Número no CRO
86646
23-Número no CRO
86646
24-UF
SP
25-Código CNES
SP
26-Código CBO S
SPFaturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100200
(1) 85100218
(1) 81000421-RPID

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-QD	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-01018511002101		RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	8,810,00	0,00	0,00	S	22/10/12/01		
2-01018511002118		RESTAURAÇÃO RESINA	46	MOV	1	12,210,00	0,00	0,00	S	22/10/12/01		
3-010181101004211		RX PERIAPICAL	RPID	1	14,010,00	0,00	0,00	0,00	S	27/04/12/01		
4-010181101004211		RX PERIAPICAL	RPID	1	14,010,00	0,00	0,00	0,00	S	27/04/12/01		
5-11111111111111												
6-11111111111111												
7-11111111111111												
8-11111111111111												
9-11111111111111												
10-11111111111111												
11-11111111111111												
12-11111111111111												
13-11111111111111												
14-11111111111111												
15-11111111111111												

43-Data Previsto Término do Tratamento
44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial46-Total Quantidade US
123810047-Valor Total R\$
1010048-Total Franquia / Co-participação R\$
1111

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(ram) 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
23/10/12/0151-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
23/10/12/0152-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
23/10/12/01

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Luis F. Barata da Silveira

Cirurgião Dentista

CRO-SP 86646