



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



301189
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 11/3/10 13/12/01
 4-Data de Autorização 11/3/10 17/12/01
 5-Sentença AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 7480820
 7-Data Validade da Sentença 11/11/06 1/2/01

8-Número da Carteira 1010202510187211000018134022
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa DISTRIBUIDORA CURITIBA DE
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIA OFELIA DO NASCIMENTO
 28/04/1965
 14-Telefone () 9172018384
 15-Nome do titular do plano RAPHAEL AUGUSTO DO NASCIMENTO SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a FN DANIELA FERNANDES DE BARROS
 17-Nome do Profissional Solicitante DANIELA FERNANDES DE BARROS
 18-Número no CRO 73956 SP
 19-UF SP
 20-Código CBO S 025 -
 Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 91291481235634
 22-Nome do Contratado Executante DANIELA FERNANDES DE BARROS
 23-Número no CRO 73956 SP
 24-UF SP
 25-Código CNES
 26-Nome do Profissional Executante DANIELA FERNANDES DE BARROS
 27-Número no CRO 73956 SP
 28-UF SP
 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fa-ve	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glorosa	42-Assinatura
1-0	018	1001065			1	34,00	0,00			13/07/2010		Marcia P
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
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 34,00
 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 no 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Satisfacente
 13/11/09/12/20
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 13/11/07/12/20
 Barros
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 11/3/10/11/20
 Marcia P
 53-Data, local e Carimbo da Empresa