

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 11/2/4 4-Data de Autorização 11/11/11 11/2/4 5-Serinha PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 2121909 7-Data Validade da Serinha 12/5/10 12/1/2/5 8-Data Validade da Guia 12/5/10 12/1/2/5

2121909
 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020255861340000010111

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa WAGNER ANTONIO ALVES

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

12-Número de Cartão Nacional de Saúde

13-Nome WAGNER ANTONIO ALVES

14-Teléfono 18/07/1964

15-Nome do titular do plano WAGNER ANTONIO ALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA

18-Número no CRO 73946

19-UF SP

20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1158123456867

22-Nome do Contratado Executante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA

23-Número no CRO 73946

24-UF SP

25-Código CNES 29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA

27-Número no CRO 73946

28-UF SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	5	7				
2-0	0	8	5	2	0	0	3	4				
3-0	0	8	5	2	0	0	3	4				
4-0	0	8	5	2	0	0	3	4				
5-0	0	8	5	2	0	0	3	4				
6-0	0	8	5	2	0	0	3	4				
7-0	0	8	5	2	0	0	3	4				
8-0	0	8	5	2	0	0	3	4				
9-0	0	8	5	2	0	0	3	4				
10-0	0	8	5	2	0	0	3	4				
11-0	0	8	5	2	0	0	3	4				
12-0	0	8	5	2	0	0	3	4				
13-0	0	8	5	2	0	0	3	4				
14-0	0	8	5	2	0	0	3	4				
15-0	0	8	5	2	0	0	3	4				

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Aliamento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 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) 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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Assinatura da Empresa

Dr. Wagner Carlos de Oliveira
 Cirurgião-Dentista CRO-SP 73946
 Harmonização Odontológica