

Foto 1 K



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2012	4-Data de Autorização 03/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11175540	7-Data Validade da Senha 01/10/2012	1435277 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 0102025000085000083902				10-Empresa ANDRITZ BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
9-Plano POS REDE PRESTADORA				13-Nome FABIANA LEITE DA SILVA QUEIROZ	14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano ROBSON DE BARROS QUEIROZ
16-Atendimento a RN N ANA PAULA DA ROCHA CORREA				18-Número no CRO 23847	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 130678700101021				22-Nome do Contratado Executante ORTHO CLINIC SINAPSE REABILITACAO LTDA - ME	24-UF RJ	25-Código CNES 99999999
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA DA ROCHA CORREA				27-Número no CRO 23847	28-UF RJ	29-Código CBO S
Preencher de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-001851010196		RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	6100
2-						
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
42-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 6100						
47-Valor Total R\$ 450,00						
48-Total Franquia / Co-participação R\$						

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, 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), foforam 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

Carimbo e Assinatura

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/10/2012
---	---	---	---