

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-A*

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/02/11 12:12:01		5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número da Guia Principal 433157		7-Data Validade da Senha 10/02/11 03:12:11		433157 INTERCÂMBIO					
8-Número da Carteira 10020202510506011153701				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA				11-Data Validade da Carteira 11/06/1990			
13-Nome DEBORA OSORIO SILVA				14-Telefone				15-Nome do titular do plano DEBORA OSORIO SILVA				12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
16-Atendimento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante EDUARDO MARTINUSSO				18-Número no CRO 61226				19-UF SP			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 131993698819				22-Nome do Contratado Executante EDUARDO MARTINUSSO				23-Número no CRO 61226				24-UF SP			
26-Nome do Profissional Executante EDUARDO MARTINUSSO				27-Número no CRO 61226				28-UF SP				29-Código CBO S			
30-Tabella				31-Código do Procedimento				32-Descrição				33-Dente/Rigido			
1-01081000057				CONSULTA ODONTOLÓGICA DE				34-Face				35-Qtd			
2-01081520034				TRATAMENTO EM				36-Quantidade US				37-Valor			
3-1				1				38-Franchisa/Co-participação R\$				39-Aut			
4-1				1				40-Data de Realização				41-Motivo de Glosa 42-Assinatura			
5-1				1				43-Valor Total R\$				44-Total Franchisa / Co-participação R\$			
6-1				1				45-Tipo de Faturamento				46-Total Quantidade US			
7-1				1				47-Valor Total R\$				48-Total Franchisa / Co-participação R\$			
8-1				1				49-Tipo de Faturamento				50-Total Quantidade US			
9-1				1				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável			
10-1				1				53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável			
11-1				1				55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável			
12-1				1				57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável			
13-1				1				59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável			
14-1				1				61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável			
15-1				1				63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável			

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(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 QUESTA DE CURATIVO CURATIVO		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/02/11 12:12:01		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/02/11 12:12:01		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/02/11 12:12:01		53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/02/11 12:12:01		54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/02/11 12:12:01	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--