



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/09/2012 4-Data de Autorização 30/10/2012 5-Senha AUTORIZADO 14425873 6-Número da Guia Principal 14425873 7-Data Validade da Senha 28/11/2012 2482818 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 101020251122871100000035011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa USINA DE ACUCAR SANTA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702503359420337

13-Nome VILMAR RAMOS DE AMORIM 14-Telefone 22/11/1977 15-Nome do titular do plano VILMAR RAMOS DE AMORIM

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante LUCAS RICARDO CLOSS FREDERICO 18-Atendimento no CRO 38127 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101439949980 22-Nome do Contratado Executante LUCAS RICARDO CLOSS FREDERICO 23-Número no CRO 38127 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante LUCAS RICARDO CLOSS FREDERICO 27-Número no CRO 38127 28-UF PR 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	085400076	COROA PROVISÓRIA COM PINO	14	1	1	54,00	0,00					Vilmar
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
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 154,00	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) 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 null Ato 85400076: Apresentar justificativa para autorização do procedimento Ato 85400076: Necessário anexar radiografia no site para autorização Ato 85400076: Necessário anexar radiografia no site para pagamento

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/16/11 10/12/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/16/11 10/12/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/16/11 10/12/11 * Vilmar 53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/16/11 10/12/11