



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-4*

376463
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/09/2012		4-Data de Autorização 17/09/2012		5-Santa AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50191799		7-Data Validade da Santa 15/12/2012	
8-Número da Carteira 003799940615217677		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa GRANIHG SERVICES S		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700901915974794		13-Número do Boleto do plano PAULO EDUARDO PURITANDO INDIO	
14-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento PAULO EDUARDO PURITANDO INDIO		15-Atendimento a RN ANDREA BATISTA FERES		16-Número no CRO 22644		17-UF RJ		18-Código CBO S 801 -		19-UF RJ	
20-Nome do Profissional Executante ANDREA BATISTA FERES		21-Nome do Contratado Executante ANDREA BATISTA FERES		22-Número no CRO 22644		23-UF RJ		24-Código CNES 22644		25-UF RJ	
26-Nome do Profissional Solicitante ANDREA BATISTA FERES		27-Número no CRO 22644		28-UF RJ		29-Código CBO S 22644		30-UF RJ		31-UF RJ	
32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA		33-Data/Região 11/09/2012		34-Faixa 1		35-Idade 1		36-Franchisa/Co-participação RS 0,00		37-Valor 47,00	
38-Data Previsto Término do Tratamento 13/10/2012		39-Exame Radiológico 1		40-Urgência/Emergência 1		41-Data de Realização 13/10/2012		42-Data de Realização 13/10/2012		43-Data de Realização 13/10/2012	
44-Tipo de Atendimento 1		45-Tipo de Faturamento 1		46-Tipo de Faturamento 1		47-Tipo de Faturamento 1		48-Tipo de Faturamento 1		49-Tipo de Faturamento 1	
50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2012		51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/2012		52-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/2012		53-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/2012		54-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/2012		55-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/2012	

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 pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação