

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 4-Data de Autorização 11/03/12 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9660903 7-Data Validade da Série 10/07/10 8-Data Validade da Guia 10/03/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10021025105060110947011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 901234 INTERCÂMBIO

13-Nome CLAUDETE DOS REIS MARCELINO DA SILVA 14-Teléfono (11) 2548908 15-Nome do titular do plano CLAUDETE DOS REIS MARCELINO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES 18-Número no CRO 138944 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4169743855 22-Nome do Contratado Executante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES 23-Número no CRO 138944 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES 27-Número no CRO 138944 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

43-Data Perícia Término do Tratamento 05/03/12 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 3473,6655 47-Valor Total R\$ 3473,6655 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

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) 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 05/03/12 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 05/03/12 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 05/03/12 53-Data, local e Assinatura da Empresa 05/03/12

marcelino da silva