



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/11/2012	4-Data de Autorização 02/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7924348	7-Data Validade da Senha 30/11/2012	387269 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202507367013089013	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RENAULT DO BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome ADAM API WOITEXEN						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA STACHERA	18-Número no CRO 30197	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06540136919	22-Nome do Contratado Executante BARBARA STACHERA	23-Número no CRO 30197	24-UF PR	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante BARBARA STACHERA	27-Número no CRO 30197	28-UF PR	29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-0018100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34	0	0
2-1						
3-1						
4-1						
5-1						
6-1						
7-1						
8-1						
9-1						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
43-Data Previsão Término do Tratamento						
11/11/11	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$	
1	1-Tratamento Odontológico	1-Total	3400	3400	0000	
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						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / Solicitante						
10/10/12						
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista						
10/11/12						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável						
53-Data, local e Cúmbio da Empresa						