

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 AN



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/03/08 8/12/08 4-Data de Autorização 03/11/08 8/12/08 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50181030 7-Data Validação da Semeta 10/11/11 1/12/10

350002
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10003700000279391733 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa MARIA DAS DORES MA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704600138282929 13-Nome MARIA DAS DORES MATOS DANTAS 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MARIA DAS DORES MATOS DANTAS

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA 18-Número no CRO 31802 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1821436274720 22-Nome do Contratado Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA 23-Número no CRO 31802 24-UF RJ 25-Código CINES 26-UF RJ 27-Número no CRO 31802 28-UF RJ 29-Código CBO S 25-Nome do Profissional Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Glor	42-Assinatura
1-0	0	810000165										
2-		CONSULTA ODONTOLÓGICA				34,00	0,00			03/08/2011		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Positiva: Término do Tratamento 03/11/08 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirúrgico 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 34,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia/Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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-Observações

50-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/08 03/11/08 51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/08 03/11/08 52-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/08 03/11/08 53-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/08 03/11/08 54-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/08 03/11/08