

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



386197
INTERCÂMBIO

1-Identificação
406414

2-Dados de Emissão da Guia
12/09/2012

3-Dados de Autorização
10/11/2012

4-Serviço
AUTORIZADO

5-Número da Guia Principal
60195880

6-Dados de Validade da Guia
12/08/12 a 12/12/12

7-Número do Cartão Nacional de Saúde
706000889358544

8-Dados do Beneficiário

9-Nome do Beneficiário
GERSON PINTO CORREA

10-Endereço
POS REDE PRESTADORA

11-Endereço
CORREA MIRANDA COM

12-Nome do titular do plano
MARCIA JAQUELINE MOURA MIRANDA

13-Dados de Validade da Guia
23/10/1961

14-Telefone
()

15-Nome do titular do plano
MARCIA JAQUELINE MOURA MIRANDA

16-Nome do Profissional Solicitante
ANDREA BATISTA FERES

17-Nome do Profissional Solicitante
ANDREA BATISTA FERES

18-Nome do Contratado Especialista
ANDREA BATISTA FERES

19-Número do CNO
22644

20-Número no CNO
22644

21-Código CBO S
801 -

22-Código CBO S
Faturar Empresa

23-Nome do Profissional Solicitante
ANDREA BATISTA FERES

24-Código do Procedimento Solicitado

25-Código do Procedimento Solicitado

26-Código do Procedimento Solicitado

27-Código do Procedimento Solicitado

28-Código do Procedimento Solicitado

29-Código do Procedimento Solicitado

30-Código do Procedimento Solicitado

31-Código do Procedimento Solicitado

32-Código do Procedimento Solicitado

33-Código do Procedimento Solicitado

34-Código do Procedimento Solicitado

35-Código do Procedimento Solicitado

36-Código do Procedimento Solicitado

37-Código do Procedimento Solicitado

38-Código do Procedimento Solicitado

39-Código do Procedimento Solicitado

40-Código do Procedimento Solicitado

41-Código do Procedimento Solicitado

42-Código do Procedimento Solicitado

43-Código do Procedimento Solicitado

44-Código do Procedimento Solicitado

45-Código do Procedimento Solicitado

46-Código do Procedimento Solicitado

47-Código do Procedimento Solicitado

48-Código do Procedimento Solicitado

49-Código do Procedimento Solicitado

50-Código do Procedimento Solicitado

51-Código do Procedimento Solicitado

52-Código do Procedimento Solicitado

53-Código do Procedimento Solicitado

54-Código do Procedimento Solicitado

55-Código do Procedimento Solicitado

56-Código do Procedimento Solicitado

57-Código do Procedimento Solicitado

58-Código do Procedimento Solicitado

59-Código do Procedimento Solicitado

60-Código do Procedimento Solicitado

61-Código do Procedimento Solicitado

62-Código do Procedimento Solicitado

63-Código do Procedimento Solicitado

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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(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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

40-Observação

50-Dados local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/11/2012/2012 Andressa B. Silva Ferraz
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 22644-4

61-Dados local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/11/2012/2012 Andressa B. Silva Ferraz
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 22644-4

62-Dados local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/11/2012/2012 Marcia Jaqueline Moura Miranda
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 22644-4

63-Dados local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/11/2012/2012 Marcia Jaqueline Moura Miranda
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 22644-4

64-Dados local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/11/2012/2012 Marcia Jaqueline Moura Miranda
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 22644-4

30-Indicador	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dados de Realização	41-Motivo da Guia	42-Valor R\$
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	14,7	10,0					
2-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	7,5	10,0					
3-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	7,5	10,0					
4-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	7,5	10,0					
5-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	7,5	10,0					
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											
16-0	0											
17-0	0											
18-0	0											
19-0	0											
20-0	0											
21-0	0											
22-0	0											
23-0	0											
24-0	0											
25-0	0											
26-0	0											
27-0	0											
28-0	0											
29-0	0											
30-0	0											
31-0	0											
32-0	0											
33-0	0											
34-0	0											
35-0	0											
36-0	0											
37-0	0											
38-0	0											
39-0	0											
40-0	0											
41-0	0											
42-0	0											
43-0	0											
44-0	0											
45-0	0											
46-0	0											
47-0	0											
48-0	0											
49-0	0											
50-0	0											
51-0	0											
52-0	0											
53-0	0											
54-0	0											
55-0	0											
56-0	0											
57-0	0											
58-0	0											
59-0	0											
60-0	0											
61-0	0											
62-0	0											
63-0	0											
64-0	0											
65-0	0											
66-0	0											
67-0	0											
68-0	0											
69-0	0											
70-0	0											
71-0	0											
72-0	0											
73-0	0											
74-0	0											
75-0	0											
76-0	0											
77-0	0											
78-0	0											
79-0	0											
80-0	0											
81-0	0											
82-0	0											
83-0	0											
84-0	0											
85-0	0											
86-0	0											
87-0	0											
88-0	0											
89-0	0											
90-0	0											
91-0	0											
92-0	0											
93-0	0											
94-0	0											
95-0	0											
96-0	0											
97-0	0											
98-0	0											
99-0	0											
100-0	0											

50-Dados local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/11/2012/2012 Andressa B. Silva Ferraz
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 22644-4

61-Dados local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/11/2012/2012 Andressa B. Silva Ferraz
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 22644-4

62-Dados local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/11/2012/2012 Marcia Jaqueline Moura Miranda
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 22644-4

63-Dados local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/11/2012/2012 Marcia Jaqueline Moura Miranda
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 22644-4

64-Dados local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/11/2012/2012 Marcia Jaqueline Moura Miranda
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 22644-4