



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



403385
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/11 01/02/11	4-Data de Autorização 12/3/11 01/02/11	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50201168	7-Data Validade da Sineta 12/3/11 01/02/11
8-Número da Carteira 010379994051959187911					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa PLURAL GESTAO EM PLANOS DE					
11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004529427473					
13-Nome VALENTINA MENDONCA SILVA					
14-Teléfono () - - - - -					
15-Nome do titular do plano SIMONE DA CUNHA MENDONCA SILVA					

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante THAMIRES RODRIGUES LAGRIMANTE		18-Número no CRO 49529		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1160515177750		22-Nome do Contratado Executante THAMIRES RODRIGUES LAGRIMANTE		23-Número no CRO 49529		24-UF RJ		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante THAMIRES RODRIGUES LAGRIMANTE		27-Número no CRO 49529		28-UF RJ		29-Código CBO S			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gênes 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento									
1-0	01830000089	74	1	1	73,00	0,00	0,00	1	24/11/2011	ruy
2-0	01851000196	16	0	1	61,00	0,00	0,00	1	24/11/2011	ruy
3-0	01830000089	64	1	1	73,00	0,00	0,00	1	24/11/2011	ruy
4-0										
5-0										
6-0										
7-0										
8-0										
9-0										
10-0										
11-0										
12-0										
13-0										
14-0										
15-0										

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 207,00	47-Valor Total RS 0,00	48-Total Franquia / Co-participação RS 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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 Contrato/Dentista Solicitante 24/11/11 Dra. Thamires Lagrimate	51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/11 Dra. Thamires Lagrimate	52-Data Local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 24/11/11 Simone Mendonca Silva	53-Data Local e Assinatura da Empresa 24/11/11 ODONTO MODERNIZA
Cirurgiã - Dentista CRO RJ - 49259	Cirurgiã - Dentista CRO RJ - 49259	Cirurgiã - Dentista CRO RJ - 49259	CNPJ: 14.092.112/1100-94 EPPAD: 0521154-9 Insc. Municipal: 0001-25