



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

MARCH 1974 VOL 50 / NO 3

**406261
INTERCÂMBIO**

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão do Guia 127/11/20		4-Data de Autorização 127/11/20	5-Sema 50202019
Dados do Beneficiário					
6-Número da Carteira 0 0 0 3 7 0 0 0 0 0 3 2 4 6 4 8 9 7		7-Nome MARCIO ROBERTO DO COUTO MARQUE		8-Número do Guia Principal 13-Nome N	
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIAO NAC DOS ANALISTAS TRIB		11-Data Vencimento da Carteira 11/11/11	
15-Aendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante BERNARDO CAMPOS MACHADO		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700300919960938	
21-Código da Operadora CNPJ / GPF 111629026719		14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do Titular do plano MARCIO ROBERTO DO COUTO MARQUE	
26-Nome do Profissional Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO		22-Nome do Contratado Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO		23-Número no CRO 37194	
27-Número no CRO 37194		28-UF RJ		29-Código CBO S 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
31-Código do Procedimento 1-001810001030	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Qtd 4	36-Quantidade US 7,00
2-00182000108175	EXODONTIA SIMPLES DE	3	4	1	14,30
3-		4	4	1	10,00
4-		5	5	1	10,00
5-		6	6	1	10,00
6-		7	7	1	10,00
7-		8	8	1	10,00
8-		9	9	1	10,00
9-		10	10	1	10,00
10-		11	11	1	10,00
11-		12	12	1	10,00
12-		13	13	1	10,00
13-		14	14	1	10,00
14-		15	15	1	10,00
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11		44-Tipo de Aendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	
46-Total Quantidade US 1 9 0 ,0 0		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	
49-Observação					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 105/11/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 105/11/20		53-Data, local e Câmbio da Empresa 11/11/11	
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 no 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.					