



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

397028
INTERCÂMBIO

14-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/11 01/12/10	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198428	7-Data Validade da Serha 11/03/11 01/12/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709708095334490
13-Nome AGUINALDO AMARAL PORTO		10-Empresa MARCO ANTONIO FLOR		11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	15-Nome do titular do plano MARCO ANTONIO FLORENCIANO
16-Endereço e RN VICTOR FIGUEIREDO RESENDE		18-Número no CRO 42439		19-UF RJ	20-Código CRO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11321469107114		23-Número no CRO 42439		24-UF RJ	Faturar Empresa Enviar - RX (0) 65100200
26-Nome do Profissional Solicitante VICTOR FIGUEIREDO RESENDE		27-Número no CRO 42439		28-UF RJ	29-Obrigado CRO S
30-Tabela					
31-Código do Procedimento					
32-Descrição					
33-Dente/Região					
34-Fase					
35-Cid					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franchise/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41- Motivo da Class 42-Atividade					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Tipo de Faturamento					
47-Valor Total R\$					
48-Tipo de Faturamento					
49-Tipo de Faturamento					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, preços, 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) paciente(s) não possui(m) nenhuma doença infecciosa ou sistêmica que possa interferir no tratamento realizado, bem como não possui(m) nenhuma doença infecciosa ou sistêmica que possa interferir no tratamento realizado.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/05/11 01/12/10 Data / Assinatura

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/05/11 01/12/10 Data / Assinatura

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/05/11 01/12/10 Data / Assinatura

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/05/11 01/12/10 Data / Assinatura