



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

333235
ÂMBIO

INTERCÁMBIO

414	3-Data de Emissão da Guia 0 2 / 0 7 / 2 0	4-Data de Autorização 0 2 / 0 7 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50174034	7-Data Validade da Senha 3 0 / 0 9 / 2 0
-----	--	--	-----------------------	--	---

[illegible]

9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
POS REDE PRESTADORA	01 ADMINISTRACAO	11/11/11	8980004822786402

10	CRISTIANE ARAUJO SAMPAIO	22/07/1997	()	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
					CRISTIANE SANTOS ARAUJO

CRISTIANE SANTOS ARAUJO

22/07/1997

19
BRIANE ARAUJO SAMPAIO

João Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-JUF	20-Código CBO S
MARCIA MARTINS PEREIRA	20672	D	801

MARCIA MARILINS PEREIRA	Z0812	RJ	Faturar Empresa
-------------------------	-------	----	-----------------

22-Nome do Contratado Executante	MARCIA MARTINS DEBEIRA	23-Número no CRO	20672	24-UF	PI	25-Código CNES
----------------------------------	------------------------	------------------	-------	-------	----	----------------

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
WANGIA WAN INS PERENA																																																																																																			
20072																																																																																																			
No. 12																																																																																																			
No. 12																																																																																																			
No. 12																																																																																																			

13 do Policial Executante
 3CIA MARTINS PEREIRA
 20672
 ZI-Numero no CRQ
 RJ
 ZB-UF
 29-Código CBO S

Tratamiento / Procedimientos Solicitados		

ela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Fonte/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data
-----	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	---------

[illegible][illegible][illegible]

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible]

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

[illegible][illegible][illegible]

100

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible][illegible]

[illegible][illegible]

o, 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.

to. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assistido(s) pelo(a) profissional habilitado(a) para a realização de procedimentos odontológicos, foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional habilitado para a realização de procedimentos odontológicos, o valor devido pelo(s) procedimento(s) acima descrito(s), mediante apresentação de guias de encaminhamento e de autorização de cobertura emitidas pelo(a) profissional habilitado(a) para a realização de procedimentos odontológicos, em conformidade com o contrato de seguro-dentário em vigor, e a emissão de nota fiscal de prestação de serviços odontológicos, em conformidade com o contrato de prestação de serviços odontológicos em vigor.

CIRURGIÁ DENTISTA
exatidão

NO-RJ 20.672

010

a, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dado, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

[illegible]
