

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



350453
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2012	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181257	7-Data Validade da Semeta 01/11/2012
Dados do Beneficiário				
8-Número de Carteira 0037000000016328259	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MELHOR OPCAO VIAGE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700804438865686
13-Nome MARIA DE LOURDES VIEGAS FONTES		14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano MARIA DE LOURDES VIEGAS FONTES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARILENE MOREIRA CUNHA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 145760381768	22-Nome do Contratado Executante MARILENE MOREIRA CUNHA
26-Nome do Profissional Executante MARILENE MOREIRA CUNHA	27-Número no CRO 8132
23-Número no CRO 8132	24-UF RJ
25-Código CINES	26-Código CBO S
28-UF RJ	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frância/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura									
1	10	0	18	5	3	0	0	4	7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3	6	1	0	0	0	1	10/11/10	08/08/2010	10
2	0	0	18	5	3	0	0	4	7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3	6	1	0	0	0	1	10/11/10	08/08/2010	10
3	0	0	18	5	3	0	0	4	7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3	6	1	0	0	0	1	10/11/10	08/08/2010	10
4	0	0	18	5	3	0	0	4	7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3	6	1	0	0	0	1	10/11/10	08/08/2010	10
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1													
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1													
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1													
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1													
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1													
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1													
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1													
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1													
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1													
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1													
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1													
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11										44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Fraturamento 1-1-Total 2-Parcial										46-Total Quantidade US 114400												
47-Valor Total R\$										48-Total Frância / Co-participação R\$												

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 Cirurgião-Dentista-Solicitante 10/11/2010, 10/11/2010, Jean Paulo J. Gomes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2010, 10/11/2010, Jean Paulo J. Gomes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2010, 10/11/2010, Maria de Lourdes Viegas Fontes	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	---	-------------------------------------

Dra. Marilene Moreira Cunha
ORTODONTIA E ODONTOPEDIATRIA
CRO/RJ 8132