

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4



602529
INTERCÂMBIO

1-ANS	14	3-Dia de Emissão da Guia	3/0/00/6/2/1	4-Dia de Autorização	10/1/07/2/1	5-Sentença	AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal	8758424	7-Dia Validade da Sentença	2/8/09/2/1
8-Categoria	12	9-Plano	POS REDE PRESTADORA	10-Empresa	NEW CARGO TRANSPORTE E	11-Dia Validade da Categoria		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Categoria	12	14-Teste		15-Nome do titular do plano	NATHALYE BEATRIZ DE SOUZA ANDRADE						

A DA ROCHA MARTINS DE SOUZA		29/05/1979
Certificado Responsável pelo Tratamento		
16-Nome do Profissional Solicitante	MARINA MOREIRA SALVADOR	17-Nome do Profissional Encarregado
18-Número no CRO	40774	19-UF
20-Número no CRO	40774	21-UF
22-Nome do Contratado Encarregado	MARINA MOREIRA SALVADOR	23-Código CNES
24-Número no CRO	40774	25-Código CBO B
26-Número no CRO	40774	27-Código CBO B
28-UF	RJ	29-Código CBO B
30-UF	RJ	31-Código CBO B

31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-CI	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia-Coparticipação R\$	39-AUI	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3,4	0,00	0,00				
0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	6,1	0,00	0,00				
0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	6,1	0,00	0,00				
0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	6,1	0,00	0,00				
0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	0	1	6,1	0,00	0,00				
0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	0	1	6,1	0,00	0,00				
0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	6,1	0,00	0,00				
0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	6,1	0,00	0,00				
0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	6,1	0,00	0,00				
0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	6,1	0,00	0,00				

que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em . Declara, 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 as ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

43-Tipo de Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidades US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Coparticipação R\$
1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Consultoria	4-Unificação/Emplegada	1-Total 2-Franquia	15,83,00
50-Cidade, Estado e Assinatura do Conselho Odontológico	51-Cidade, Estado e Assinatura do Conselho Odontológico	52-Cidade, Estado e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Cidade, Estado e Assinatura do Profissional	54-Cidade, Estado e Assinatura do Profissional	55-Cidade, Estado e Assinatura do Profissional
56-Cidade, Estado e Assinatura do Profissional	57-Cidade, Estado e Assinatura do Profissional	58-Cidade, Estado e Assinatura do Profissional	59-Cidade, Estado e Assinatura do Profissional	60-Cidade, Estado e Assinatura do Profissional	61-Cidade, Estado e Assinatura do Profissional

11



Digitalizada com CamScanner