

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º

388428  
INTERCÂMBIO



|                                                                        |                                                             |                                  |                                                               |                                                         |                                      |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ABO<br>408414                                               | 3-Data de Emissão da Guia<br>01/12/10                       | 4-Cau de Autorização<br>01/12/10 | 5-Série<br>AUTORIZADO                                         | 6-Número da Guia Principal<br>60196542                  | 7-Data Validade da Série<br>13/11/12 |
| 8-Data de Emissão<br>01/12/10                                          | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                              | 10-Empresa<br>CORREA MIRANDA COM | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11                      | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>70600089358544 |                                      |
| 13-Nome<br>GERSON PINTO CORREA                                         | 23/10/1961                                                  | 14-Telefone<br>( )               | 15-Nome do titular do plano<br>MARCIA JAQUELINE MOURA MIRANDA |                                                         |                                      |
| 16-Endereço<br>Rua do Galvão, 1111 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANDREA BATISTA FERES | 18-CPF<br>22644                  | 19-UF<br>RJ                                                   | 20-Código CBO S<br>801 - Faturar Empresa                |                                      |
| 21-Código na Operadora / CNU / CPE<br>011701521777012                  | 22-Nome do Contratado Estagiário<br>ANDREA BATISTA FERES    | 23-Número no CNO<br>22644        | 24-UF<br>RJ                                                   | 25-Código CNES<br>22644                                 |                                      |
| 26-Nome do Profissional Estagiário<br>ANDREA BATISTA FERES             |                                                             | 27-Número no CNO<br>22644        | 28-UF<br>RJ                                                   | 29-Código CBO S                                         |                                      |

  

| 30-Índice | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição       | 33-Dentista | 34-Faixa | 35-Cód | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franchise/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Mês de Geração | 42-Valor Total |
|-----------|---------------------------|--------------------|-------------|----------|--------|------------------|----------|----------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|----------------|
| 1-0       | 0185100198                | RESTAURAÇÃO RESINA | 24          | V        | 1      | 9,00             | 0,00     | 0,00                             | 0,00   | 01/12/10              | 12                | 0,00           |
| 2-0       | 0185100198                | RESTAURAÇÃO RESINA | 25          | V        | 1      | 9,00             | 0,00     | 0,00                             | 0,00   | 01/12/10              | 12                | 0,00           |
| 3-1       |                           |                    |             |          |        |                  |          |                                  |        |                       |                   |                |
| 4-1       |                           |                    |             |          |        |                  |          |                                  |        |                       |                   |                |
| 5-1       |                           |                    |             |          |        |                  |          |                                  |        |                       |                   |                |
| 6-1       |                           |                    |             |          |        |                  |          |                                  |        |                       |                   |                |
| 7-1       |                           |                    |             |          |        |                  |          |                                  |        |                       |                   |                |
| 8-1       |                           |                    |             |          |        |                  |          |                                  |        |                       |                   |                |
| 9-1       |                           |                    |             |          |        |                  |          |                                  |        |                       |                   |                |
| 10-1      |                           |                    |             |          |        |                  |          |                                  |        |                       |                   |                |
| 11-1      |                           |                    |             |          |        |                  |          |                                  |        |                       |                   |                |
| 12-1      |                           |                    |             |          |        |                  |          |                                  |        |                       |                   |                |
| 13-1      |                           |                    |             |          |        |                  |          |                                  |        |                       |                   |                |
| 14-1      |                           |                    |             |          |        |                  |          |                                  |        |                       |                   |                |
| 15-1      |                           |                    |             |          |        |                  |          |                                  |        |                       |                   |                |

  

|                                         |                                                                                                              |                                             |                                  |                             |                                          |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------|
| 43-Data Final do Tratamento<br>01/12/10 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>118,00 | 47-Valor Total R\$<br>10,00 | 48-Total Franchise / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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), foi(ram) 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-Operadora

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 Cópia da Empresa