

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



381669
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/10/9/12/01	4-Data de Autorização 12/3/10/9/12/01	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50193765	7-Data Validade da Semeta 12/2/11/2/12/01
--------------------------	--	--	------------------------	--	--

8-Data de Cadastro 01/03/1999	9-Data de Cadastro 01/03/1999	10-Endereço ABRIGO DO MARINHEI	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número de Cartão Nacional de Saúde 898004651981765
----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	--	--

13-Nome JOAO VICTOR SENA DA SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano VICTOR MONTEIRO DE VASCONCELLO
--------------------------------------	------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	18-Número no CRO 31802	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 182436274720	22-Nome do Contratado Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	23-Número no CRO 31802	24-UF RJ	25-Código CNES (1) 85100200 (1) 85100200
---	---	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	27-Número no CRO 31802	28-UF RJ	29-Código CBO S (1) 85100200
---	---------------------------	-------------	---------------------------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Medico da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8 4 0 0 1 9 8				3 5 10 0	0,00					
2-0	0	8 4 0 0 1 9 8				3 5 10 0	0,00					
3-0	0	8 4 0 0 1 9 8				3 5 10 0	0,00					
4-0	0	8 4 0 0 1 9 8				3 5 10 0	0,00					
5-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0				8 8 10 0	0,00					
6-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0				8 8 10 0	0,00					
7-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0				8 8 10 0	0,00					
8-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0				8 8 10 0	0,00					
9-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0				8 8 10 0	0,00					
10-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0				8 8 10 0	0,00					
11-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0				8 8 10 0	0,00					
12-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0				8 8 10 0	0,00					
13-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0				8 8 10 0	0,00					
14-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0				8 8 10 0	0,00					
15-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0				8 8 10 0	0,00					

43-Data Emissão Termino do Tratamento 03/11/11	44-Tipo de Atendimento ☐ 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1- Total 2- Parcial	46-Valor Total R\$ 1492,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
---	---	--	-------------------------------	-----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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

Assinatura do Paciente: *João Victor Senna da Silva*

50-Data Local e Assinatura do Operador de Odontologia 03/11/11 <i>[Assinatura]</i>	51-Data Local e Assinatura do Profissional 03/11/11 <i>[Assinatura]</i>	52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/11 <i>[Assinatura]</i>	53-Data Local e Campo da Empresa 03/11/11 <i>[Assinatura]</i>
---	--	--	--