

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

384251
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
12/11/2012

6-Número da Guia Principal
50194745

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/08/09

3-Data de Emissão da Guia
12/08/09

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

00037994065090567

6-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

RAFAELA RODRIGUES

11-Data Validade da Carteira

11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

12/11/2012

13-Nome

GUILHERME MOLINA RODRIGUES DA

14-Telefone

() - - - - -

15-Nome do titular do plano

RAFAELA RODRIGUES DA CONCEICAO

20-Código CBO S

801 -

24-UF

RJ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

N

17-Nome do Profissional Solicitante

JULIANA COSTA DA SILVA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

14533385718

22-Nome do Contratado Executante

JULIANA COSTA DA SILVA

23-Número no CRO

41376

24-UF

RJ

25-Código CNES

41376

26-Nome do Profissional Executante

JULIANA COSTA DA SILVA

27-Número no CRO

41376

28-UF

RJ

29-Código CBO S

41376

36-Franquia/Co-participação R\$

0,00

37-Valor

34,00

39-Aut

40-Data de Realização

30-Tabela

31-Código do Procedimento

10181000030

32-Descrição

CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente/Região

1

34-Face

64 D

35-Qtd

1

36-Franquia/Co-participação R\$

0,00

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

S 23/11/2012

30-Tabela

31-Código do Procedimento

200851000137

32-Descrição

RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO

33-Dente/Região

65 M

34-Face

65

35-Qtd

1

36-Franquia/Co-participação R\$

0,00

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

S 23/11/2012

30-Tabela

31-Código do Procedimento

300851000137

32-Descrição

RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO

33-Dente/Região

65

34-Face

65

35-Qtd

1

36-Franquia/Co-participação R\$

0,00

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

S 23/11/2012

30-Tabela

31-Código do Procedimento

300851000137

32-Descrição

RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO

33-Dente/Região

65

34-Face

65

35-Qtd

1

36-Franquia/Co-participação R\$

0,00

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

S 23/11/2012

30-Tabela

31-Código do Procedimento

300851000137

32-Descrição

RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO

33-Dente/Região

65

34-Face

65

35-Qtd

1

36-Franquia/Co-participação R\$

0,00

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

S 23/11/2012

30-Tabela

31-Código do Procedimento

300851000137

32-Descrição

RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO

33-Dente/Região

65

34-Face

65

35-Qtd

1

36-Franquia/Co-participação R\$

0,00

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

S 23/11/2012

30-Tabela

31-Código do Procedimento

300851000137

32-Descrição

RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO

33-Dente/Região

65

34-Face

65

35-Qtd

1

36-Franquia/Co-participação R\$

0,00

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

S 23/11/2012

30-Tabela

31-Código do Procedimento

300851000137

32-Descrição

RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO

33-Dente/Região

65

34-Face

65

35-Qtd

1

36-Franquia/Co-participação R\$

0,00

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

S 23/11/2012

30-Tabela

31-Código do Procedimento

300851000137

32-Descrição

RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO

33-Dente/Região

65

34-Face

65

35-Qtd

1

36-Franquia/Co-participação R\$

0,00

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

S 23/11/2012

30-Tabela

31-Código do Procedimento

300851000137

32-Descrição

RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO

33-Dente/Região

65

34-Face

65

35-Qtd

1

36-Franquia/Co-participação R\$

0,00

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

S 23/11/2012

30-Tabela

31-Código do Procedimento

300851000137

32-Descrição

RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO

33-Dente/Região

65

34-Face

65

35-Qtd

1

36-Franquia/Co-participação R\$

0,00

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

S 23/11/2012

30-Tabela

31-Código do Procedimento

300851000137

32-Descrição

RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO

33-Dente/Região

65

34-Face

65

35-Qtd

1

36-Franquia/Co-participação R\$

0,00

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

S 23/11/2012

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), 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

13/08/2012, Rua C. de Silva

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

13/08/2012, Rua C. de Silva

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

12/11/2012, Juliana Costa

53-Data, local e Cópia da Empresa

12/11/2012, Cirurgião-Dentista

Dra. Juliana Costa

Cirurgião-Dentista

CRP: 41376