

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^ªª



407204
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Dia de Emissão da Guia 28/11/2012 3-Cidade de Autorização 28/11/2012 4-Santa AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 50202294 6-Dia Validade da Guia 26/11/2012 7-Número do Cartão Nacional de Saúde 70600089358544

8-Nome do Beneficiário Gerson Pinto Correa 9-Nome da Empresa POS REDE PRESTADORA 10-Endereço CORREA MIRANDA COM 11-Dia Validade da Carteira 23/10/1961 12-Nome do titular do plano MARCIA JACQUELINE MOURA MIRANDA 13-Número do Cartão Nacional de Saúde 70600089358544

14-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento Gerson Pinto Correa 15-Nome do Profissional Solicitante ANDREA BATISTA FERES 16-Código do Procedimento 32-Operação 17-Dentificação 34-Face 35-Cid 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Dia de Realização 41-Motivo da Ocorrência 42-Valor 18-Número no CRO 22644 19-UF RJ 20-Código CRO S 801 - 21-Número no CRO 22644 22-UF RJ 23-Código CNES 24-UF RJ 25-Código CRO S 26-UF RJ 27-Número no CRO 22644 28-UF RJ 29-Código CRO S 30-UF RJ

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Operação	33-Dentificação	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Ocorrência	42-Valor
1-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	V	1	1	9 0 0 0 0 0	0 0 0 0	5 28 11 10 12 01	5	28 11 10 12 01	5	28 11 10 12 01
2-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	1	9 0 0 0 0 0	0 0 0 0	5 28 11 10 12 01	5	28 11 10 12 01	5	28 11 10 12 01
3-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	1	9 0 0 0 0 0	0 0 0 0	5 28 11 10 12 01	5	28 11 10 12 01	5	28 11 10 12 01
4-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6												
5-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6												
6-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6												
7-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6												
8-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6												
9-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6												
10-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6												
11-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6												
12-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6												
13-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6												
14-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6												
15-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6												

43-Dia Final do Tratamento 28/11/2012 44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Condiciona 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Tratamento 1-1 Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 12 7 0 0 0 0 47-Valor Total R\$ 0 0 0 0 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0

49-Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, 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.

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/11/2012 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/11/2012 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/11/2012 53-Dia, local e Carimbo da Empresa