

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



354678
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/11/08 18/12/01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50183024		7-Data Validade da Senha 10/19/11 11/12/01	
Dados do Beneficiário									
8-Número da Carteira 101031710100000008916554		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa FUNDACAO APOIO AO CORPO		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700405456280141	
13-Nome MICHELLE PATRICIO SILVA		12/01/1985		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano MARCUS VINICIUS DOS SANTOS SIL			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA		18-Número no CRO 31345		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1054176318712		22-Nome do Contratado Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA		23-Número no CRO 31345		24-UF RJ		25-Código CNES Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200158-27	
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA		27-Número no CRO 31345		28-UF RJ		29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face	
1-00181100000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		11113410010100		39-Aut		40-Data de Realização	
2-0018152000158		TRATAMENTO ENDODONTICO		27115330010100		S111108/11/20		S111108/11/20	
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 Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$	
11/11/11/11/11		1-1-Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-Urgência/Emergência	
				1-1-Total		2-Parcial		5671001	
								48-Total Franquia / Co-participação R\$	
								11111111	

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 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	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/08/11/2010 monique ferreira	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/08/11/2010 monique ferreira	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/08/11/2010 Mariana Ribeiro	
53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/08/11/2010 Cirurgia Dentista CRO-RJ 31345	