

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



354857
INTERCAMBIO

6-Número da Guia Principal
50183115

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/11/08 12:01

3-Data de Emissão da Guia
11/11/08 12:01

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1003799940615534571

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CENTAURO E INFORMATICA

11-Data Validade da Carteira
11/11/08 12:01

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
706209033675961

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA

13-Nome
MARCELO MAHFOUD CERDEIRA

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
MARCELO MAHFOUD CERDEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0054716318712111

22-Nome do Contratado Executante
MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA

18-Número no CRO
31345

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 -

Faturar Empresa

Enviar - RX

(IF) 85200158-46

23-Número no CRO
31345

24-UF
RJ

25-Código CNES

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	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clima 42-Assinatura
1	0108100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	S	11/08/08	[Assinatura]
2	0108200158	TRATAMENTO ENDODONTICO	46	1	1	53,00	0,00	0,00	S	11/08/08	[Assinatura]
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/08 12:01	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 567,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/11/08/08 12:01 Monique Ferreira

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/08/08 12:01 Monique Ferreira

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
11/11/08/08 12:01 Marcelo Maifoud Cerdeira

53-Data, local e Cartão da Empresa
11/11/08/08 12:01 Monique Ferreira

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
11/11/08/08 12:01 Monique Ferreira