



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-MF



363021

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Entrada da Guia 12/14/10/08/12/0	4-Data de Autorização 12/14/10/08/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50186353	7-Data Validade de Sanha 12/14/11/12/0
--------------------------	---	---	-----------------------	--	---

8-Número da Carteira 0003700000024651012	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CHEEEEESE DESIGN E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70900784040714
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	---

13-Nome MAYRIELLY WILTGEN DO NASCIMENT	14-Data de Nascimento 10/06/1975	15-Telefone () - - - - -	16-Nome do titular do plano JULIO CESAR GUEDES PINHEIRO PE
---	-------------------------------------	------------------------------	---

18-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDREA BATISTA FERES	18-Número no CRO 22644	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 011705217702	22-Nome do Contratado Executante ANDREA BATISTA FERES	23-Número no CRO 22644	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
---	--	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante ANDREA BATISTA FERES	27-Número no CRO 22644	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-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor 42-Assin
1	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	90000	00000	00000		12/14/10/08/12/0	
2	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	90000	00000	00000		12/14/10/08/12/0	
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/14/10/08/12/0	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 180000	47-Valor Total R\$ 00000	48-Total Franquia / Co-participação I
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---------------------------------------

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 pr contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados por 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, 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 12/14/10/08/12/0 Andra Batista Feres CRO RJ 22644-4	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/14/10/08/12/0 Andra Batista Feres CRO RJ 22644-4	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/14/10/08/12/0 Julio Cesar Guedes Pinheiro PE	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--