

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º/2010



296938

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/05/10 4-Dia de Autorização 10/05/10 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50156524 7-Dia Válido de Seta 10/03/10 8-Dia Válido de Seta 10/03/10

9-Dia de Benefício

8-Número da Carteira 10/03/10 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Imagem JEANELE SILVA TRAN 11-Dia Válido da Carteira 10/03/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004666018133

13-Nome GABRIEL SA SILVA 31/12/2006 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano JEANELE SA SIMOES SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Ambulatório e RN 17-Nome do Profissional Suficiente RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 18-Número no CRO 44678 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (II) 81000421-RII

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 114552333747 22-Nome do Contratado Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES 23-Número no CRO 44678 24-UF RJ 25-Código CMES (I) 85100200 (II) 81000421-RII

26-Nome do Profissional Executante RAFAELA ARAUJO RODRIGUES

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Bugão	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Mês do Gesso	42-Assinatura
1-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	31	VI	1	8,8	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
2-0	0	RX PERIAPICAL	RII	1	1	4	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
3-0	0											
4-0	0											
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Dia Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 11012100 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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. Deodoro, ainda que (u/s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), fulcram validade(s) com meu consentimento e de forma estável. 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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 05/10/2010 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 05/10/2010 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/2010 53-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/2010 54-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/2010 55-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/2010

Jeanele da Silva