



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N

<b>-Registro ANS</b>	<b>406414</b>
<b>-Número do Beneficiário</b>	<b>0108107120</b>
<b>3-Data de Emissão da Guia</b>	<b>01/08/2010</b>
<b>4-Data de Autorização</b>	<b>01/08/2010</b>
<b>5-Sentença</b>	<b>AUTORIZADO</b>
<b>6-Número da Guia Principal</b>	<b>50175258</b>
<b>7-Data Validade da Sentença</b>	<b>01/06/2011</b>

**INTERCÂMBIO** 336246

9-Número da Carteira		10-Número da Carteira Nacional de Saúde	
0 0 0 3 7 0 0 0 0 1 4 5 0 9 3 5 3		706907181238332	
13-Nome		BRENO FERREIRA FLORIAO	
14-Endereço		Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
N		17-Nome do Profissional Solicitante	
10 0 5 1 9 6 2 8 1 8 7 1 9		CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA	
21-Código na Operadora CNPJ / PIS		18-Número no CRM	
10 0 5 1 9 6 2 8 1 8 7 1 9		24440 RJ	
22-Nome do Contratado Executante		19-UF	
CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA		20-Código CBO S	
		801 -	
26-Nome do Profissional Executante		21-UF	
CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA		22-Código CNES	
		Faturar Empresa	
30-Tabela		23-Número no CRM	
31-Código do Procedimento		24-UF	
1-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		25-Código CRM S	
RESTAURAÇÃO RESINA		26-UF	
2-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		27-Número no CRM	
RESTAURAÇÃO RESINA		28-UF	
3-0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0 1		29-Código CRM S	
RESTAURAÇÃO RESINA		RJ	
4-0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0 1		30-Descrição	
RESTAURAÇÃO RESINA		31-Valor	
5-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		32-Descrição	
RESTAURAÇÃO RESINA		33-Dente/Região	
6-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		34-Face	
RESTAURAÇÃO RESINA		35-Qtd	
7-		36-Quantidade US	
8-		37-Valor	
9-		38-Franquia/Co-participação R\$	
10-		39-Aut	
11-		40-Data de Realização	
12-		41-Motivo da Glosa	
13-		42-Assinatura	
14-		43-Data de Assinatura	
15-		44-Tipo de Atendimento	
43-Data Provisão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento	
10 0 5 1 9 6 2 8 1 8 7 1 9		45-Tipo de Faturamento	
45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US	
1-Total 2-Parcial		47-Valor Total R\$	
10 0 5 1 9 6 2 8 1 8 7 1 9		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
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 acer com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descreto(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	
Assinatura do Cirurgião-Dentista Sólicitante		Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Sólicitante		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Assinatura da Empresa	
54-Data, local e Assinatura da Empresa		55-Data, local e Assinatura da Carteira	
Sobrando		Sobrando	
<i>sobrando</i>		<i>sobrando</i>	