

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AN

368669
INTERCÂMBIO

7-Data Validade de Sanha
01/11/2012

6-Número da Guia Principal
50188814

5-Serviço
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
02/10/2012

3-Data de Emissão da Guia
02/10/2012

1-Registro ANS
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
702502311759139

11-Data Validade da Carteira
01/11/2012

10-Empresa
ANDERSON MIRANDA D

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
00379940640814849

15-Nome do titular do plano
ANDERSON MIRANDA DE ABREU

14-Telefone
(11) 11111111

22/02/1980

13-Nome
ANDERSON MIRANDA DE ABREU

801 -
Faturar Empresa

20-Código CBO S
801 -

18-Número no CRO
21231

19-UF
RJ

16-Atendimento a RN
VERONICA BARBOSA DE AZEVEDO CRUZ

25-Código CNES
RJ

23-Número no CRO
21231

24-UF
RJ

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
00908217773

26-Código CBO S
RJ

27-Número no CRO
21231

28-UF
RJ

26-Nome do Profissional Excitante
VERONICA BARBOSA DE AZEVEDO CRUZ

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 de Glória 42-Assinatura
1-00081000130	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	47,00	0,00			02/10/2012	
2-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD			1	12,00	0,00			02/10/2012	
3-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE			1	12,00	0,00			02/10/2012	
4-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE			1	12,00	0,00			02/10/2012	
5-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID			1	12,00	0,00			02/10/2012	
6-00000000000											
7-00000000000											
8-00000000000											
9-00000000000											
10-00000000000											
11-00000000000											
12-00000000000											
13-00000000000											
14-00000000000											
15-00000000000											
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Fraturamento	46-Tipo de Fraturamento	47-Valor Total R\$	48-Total Franchia / Co-participação R\$	49-Observação					
	1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	1- Total 2- Parcial	1- Total 2- Parcial	95,00	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), 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
02/10/2012, RJ
VERONICA BARBOSA DE AZEVEDO CRUZ

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
02/10/2012, RJ
ANDERSON MIRANDA DE ABREU

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
02/10/2012, RJ
ANDERSON MIRANDA DE ABREU

53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
02/10/2012, RJ
ANDERSON MIRANDA DE ABREU