



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2x4



2574681
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	2-Dado de Emissão da Guia 11/11/2012	3-Dado de Autuação 11/11/11	4-Série 14714924	5-Número da Guia Principal 14714924	6-Cadastrado de Bônus 09/10/2012
7-Dados do Beneficiário 8-Admissão da Clínica 01/02/2012			9-Posição de Prestadora POS REDE PRESTADORA	10-Endereço INTELBRAZ SA INDUSTRIA DE	11-Dados de Validação da Clínica 12-Admissão do Centro Nacional de Saúde 705401481942896
13-Admissão RENAN RODOLFO DA SILVA			14-Data de Emissão 06/12/1993	15-Endereço MAARA SILVA DOS SANTOS CHAGAS	
16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento N			17-Admissão da Prestadora RAYANE AMBROSIO DE SOUZA	18-Admissão no CBO 23265	19-Admissão no CBO 23265
20-Código na Operadora / CBO / CPF 15/4/8/5/1/5/9/5/0/0/0/1/1/8			21-Admissão da Operadora ODONTOFACE ODONTOLOGIA E ESTETICA LTDA	22-Admissão no CBO 23265	23-Admissão no CBO 23265
24-Admissão da Prestadora RAYANE AMBROSIO DE SOUZA			25-Admissão no CBO 23265	26-Admissão no CBO 23265	27-Admissão no CBO 23265
28-Admissão da Prestadora RAYANE AMBROSIO DE SOUZA			29-Admissão no CBO 23265	30-Admissão no CBO 23265	31-Admissão no CBO 23265

32-Admissão	33-Código do Procedimento	34-Descrição	35-Quantidade	36-Valor	37-Valor	38-Franchising-Participação R\$	39-Mat	40-Custo de Realização	41-Método de Oclusão	42-Admissão
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
3-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
4-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	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									
16-0	0									
17-0	0									
18-0	0									
19-0	0									
20-0	0									
21-0	0									
22-0	0									
23-0	0									
24-0	0									
25-0	0									
26-0	0									
27-0	0									
28-0	0									
29-0	0									
30-0	0									
31-0	0									
32-0	0									
33-0	0									
34-0	0									
35-0	0									
36-0	0									
37-0	0									
38-0	0									
39-0	0									
40-0	0									
41-0	0									
42-0	0									
43-0	0									
44-0	0									
45-0	0									
46-0	0									
47-0	0									
48-0	0									
49-0	0									
50-0	0									
51-0	0									
52-0	0									
53-0	0									
54-0	0									
55-0	0									
56-0	0									
57-0	0									
58-0	0									
59-0	0									
60-0	0									
61-0	0									
62-0	0									
63-0	0									
64-0	0									
65-0	0									
66-0	0									
67-0	0									
68-0	0									
69-0	0									
70-0	0									
71-0	0									
72-0	0									
73-0	0									
74-0	0									
75-0	0									
76-0	0									
77-0	0									
78-0	0									
79-0	0									
80-0	0									
81-0	0									
82-0	0									
83-0	0									
84-0	0									
85-0	0									
86-0	0									
87-0	0									
88-0	0									
89-0	0									
90-0	0									
91-0	0									
92-0	0									
93-0	0									
94-0	0									
95-0	0									
96-0	0									
97-0	0									
98-0	0									
99-0	0									
100-0	0									

50-Dado, local e assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11 511/21/11 RAYANE A. DE SOUZA	51-Dado, local e assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 511/21/11 RAYANE A. DE SOUZA	52-Dado, local e assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 511/21/11 RAYANE A. DE SOUZA	53-Dado, local e assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 511/21/11 RAYANE A. DE SOUZA	54-Dado, local e assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 511/21/11 RAYANE A. DE SOUZA	55-Dado, local e assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 511/21/11 RAYANE A. DE SOUZA	56-Dado, local e assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 511/21/11 RAYANE A. DE SOUZA	57-Dado, local e assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 511/21/11 RAYANE A. DE SOUZA	58-Dado, local e assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 511/21/11 RAYANE A. DE SOUZA	59-Dado, local e assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 511/21/11 RAYANE A. DE SOUZA	60-Dado, local e assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 511/21/11 RAYANE A. DE SOUZA
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(ram) 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.										
48-Observação										

RAYANE AMBROSIO DE SOUZA
CRURUGIA DENTISTA
CRO-SC 23265



2-38



CRIMINAL JUSTICE / PROSECUTION SERVICES

Referencias de

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e tratar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-se a atar com os custos conforme previsto em contrato.

49-02867-1

Raiane Ambrosio de Souza

CIRURGIA DENTISTA

CRO-SC 23265