



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

398802
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/11 01/12/01	5-Sinoma AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50199982	7-Data Validade da Senha 11/01/11 11/12/11
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 1003377999940658823401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EXCELENCIA RIO CON	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708108579561832
13-Nome MARCIO PAVAO DE ARAUJO				
14-Telefone () - - - - -				
15-Nome do titular do plano MARCIO PAVAO DE ARAUJO				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Mendicência a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA	18-Número no CRO 49467	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11411218541171219	22-Nome do Contratado Executante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA	23-Número no CRO 49467	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA	27-Número no CRO 49467	28-UF RJ	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados				
30-Tabella 31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes/Região	34-Face	35-Qtd
1-010181100100615	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1
2-010181400101918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1
3-010181400101918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1
4-010181400101918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1
5-010181400101918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1
6-010181400101918				
7-010181400101918				
8-010181400101918				
9-010181400101918				
10-010181400101918				
11-010181400101918				
12-010181400101918				
13-010181400101918				
14-010181400101918				
15-010181400101918				
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11				
44-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial				
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial				
46-Total Quantidade US 11741001				
47-Valor Total R\$ 01001				
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 01001				

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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/01/11 P. 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/01/11 P. 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 16/01/11 P. 11/11/11	53-Data, local e Assinatura da Empresa 16/01/11 P. 11/11/11
Karinne R. Alves Lima CRO-RJ 49-467			
Karinne R. Alves Lima CRO-RJ 49-467			