

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AN

340929
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/07/12 4-Data de Autorização 11/07/12 5-Senha AUTORIZADO 50177211 7-Data Validade da Senha 11/01/12

8-Número da Carteira 1010317100003245141001 10-Empresa VANIA DE OLIVEIRA 11-Data Validade da Carteira 702606214225942 13-Name VANIA DE OLIVEIRA AGUILERA 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano VANIA DE OLIVEIRA AGUILERA 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante MARILENE MOREIRA CUNHA 18-Número no CRO 8132 19-UF RJ 20-Código CBO S 8132 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14576138117168 22-Nome do Contratado Executante MARILENE MOREIRA CUNHA 23-Número no CRO 8132 24-UF RJ 25-Código CNES 8132 26-Nome do Profissional Executante MARILENE MOREIRA CUNHA 27-Número no CRO 8132 28-UF RJ 29-Código CBO S 8132

30-Plano POS REDE PRESTADORA 13/05/1967 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 da Glosa 42-Assinatura

30-Plano	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 da Glosa 42-Assinatura
1-00	181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00		11/07/12	2929-108
2-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00		11/07/12	2929-108
3-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00		11/07/12	2929-108
4-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00		11/07/12	2929-108
5-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00		11/07/12	2929-108
6-00											
7-00											
8-00											
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1178,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/07/12 Jeanine J. S. 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/07/12 Dra. Marilene Moreira C. 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/07/12 Vania de Oliveira 53-Data, local e Carimbo da Empresa

ORTODONTIA E ODONTOPEDIATRIA
CRO/RJ 8132