



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A



486196
INTERCÂMBIO

Isenção de taxa por parte do paciente

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/10 21/21	4-Data de Autorização 10/03/10 13/12/11	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8336851	7-Data Validade da Sentença 12/11/05 12/11
--------------------------	---	--	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010210121512615432101000581011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome

NATHALIA DO NASCIMENTO SANTANA	19/12/1991	14-Telefone (021) 319118-131118	15-Nome do titular do plano NATHALIA DO NASCIMENTO SANTANA
--------------------------------	------------	------------------------------------	---

Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENTCLINIC	18-Número no CRO 29605	19-UF RJ	20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

12761856110884111	22-Nome do Contratado Executante CLARISSA DE SOUZA NETO	23-Número no CRO 29605	24-UF RJ	25-Código CNES
-------------------	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante

CLARISSA DE SOUZA NETO	27-Número no CRO 29605	28-UF RJ	29-Código CBO S
------------------------	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-Moeda da Guia	42-Moeda
1	01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	61,10	0,00			10/03/11		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Alimentação 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,10	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), 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/03/10 12/11 11 Cláudia Souza Neto	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/10 12/11 11 Cláudia Souza Neto	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/10 03/11 11 Nathalia do Nascimento	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/03/10 03/11 11 Rio de Janeiro
---	---	---	---

Dra. Cláudia Souza Neto
Cirurgiã Dentista
CRO 20305