



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



380913
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/10 19/12/10	4-Data de Autorização 12/14/10 9/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7893731	7-Data Validação da Semana 12/11/11 12/12/10
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0101021012151919136010101851021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CCT CONCEITUAL CONSTRUCOES	11-Data Validação da Carteira 12/11/11 12/12/10	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome VICTORIA EVA GUEDES FARIA DE CASTRO	09/05/2013	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano RENATA PRIMO GUEDES
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAMAYANA HERINGER LAGE
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 113631071647701	22-Nome do Contratado Executante RAMAYANA HERINGER LAGE
26-Nome do Profissional Executante RAMAYANA HERINGER LAGE	18-Número no CRO 42544
	19-UF RJ
	20-Código CBO S CBO S
	23-Número no CRO 42544
	24-UF RJ
	25-Código CNES
	27-Número no CRO 42544
	28-UF RJ
	29-Código CBO S
Faturar Empresa	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											38-Franquia/Co-participação RS		39-Mat.	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dentista/Região		34-Fee		35-Cor	36-Quantidade US		37-Valor			
1-0101841010101910				APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR						1		17121010		0101010		512411051201
2-1																
3-1																
4-1																
5-1																
6-1																
7-1																
8-1																
9-1																
10-1																
11-1																
12-1																
13-1																
14-1																
15-1																
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total RS		48-Total Franquia / Co-participação RS						
1-1-Atendimento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-1-Atendimento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-1-Total 2-Parcial		17121010		0101010		17121010						

Declaro, que após ter sido devidamente esdarecido sobre os próprios 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, comprovando-me e arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Curador/Parente Responsável 12/11/10 12/12/10	51-Data, local e Assinatura do Curador/Parente Responsável 12/11/10 12/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/10 12/12/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/10 12/12/10
---	---	--	--

CRO RJ 3242331210001-17
Riopas Ostras Odontologia

359800
INTERCÂMBIO

3

3

3