



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



346717
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 7/12/01	4-Data de Autorização 12/7/10 7/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50179410	7-Data Validade da Senha 12/5/11 01/12/01
--------------------------	--	--	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa ENZO MARCIO DE BRI		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00037000000280524741		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Nome VALERIA TEIXEIRA DA SILVA		14-Teléfono ()	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		15-Nome do titular do plano ENZO MARCIO DE BRITO	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA MACIEL SIERRA	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110620035781		22-Nome do Contratado Executante JULIANA MACIEL SIERRA		18-Número no CRO 32925		19-UF RJ		20-Código CBO S 414 -	
26-Nome do Profissional Executante JULIANA MACIEL SIERRA		27-Número no CRO 32925		23-Número no CRO 32925		24-UF RJ		25-Código CNES	
28-UF RJ		29-Código CBO S		30-UF RJ		31-Código CBO S		32-UF RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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
1-000185400467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO	26	1	1	8,00	0,00	0,00	S	12/7/10 01/12/01	re
2-000181000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00	0,00	S	12/7/10 01/12/01	re
3-										
4-										
5-										
6-										
7-										
8-										
9-										
10-										
11-										
12-										
13-										
14-										
15-										

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 42,00	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), 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.

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/7/10 01/12/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/7/10 01/12/01	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---