

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



337237
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/01/07 12:01		5-Sineta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7696179		7-Data Validade da Sineta 08/11/07 12:01			
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 1002020252991290000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa EMANUELLE PEREIRA MAGALHAES		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome EMANUELLE PEREIRA MAGALHAES											
14-Telefone											
15-Nome do titular do plano EMANUELLE PEREIRA MAGALHAES											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA		18-Número no CRO 24111		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1815715160672		22-Nome do Contratado Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA		23-Número no CRO 24111		24-UF RJ		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA		27-Número no CRO 24111		28-UF RJ		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rugião	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
1-0008151001196		RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00					
2-0008151001196		RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00					
3-0008151001196		RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00					
4-0008151001196		RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00					
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Término do Tratamento 05/10/07		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 244,00		47-Valor Total R\$ 244,00		48-Tela Franquia/Co-participação R\$ 0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme orientação 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

Sobreja 101 - Centro - SG
(Entrada do Boque, depois da
perfumaria Kenney, em cima
da Farmácia Simfarma)

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
05/10/07 RJ José Eduardo R. Rocha

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
05/10/07 RJ Emanuelle Pereira Magalhães

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
05/10/07 RJ Emanuelle Pereira Magalhães