

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



333358
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/12/10 4-Data de Autorização 10/12/10 5-Semha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50174094 7-Data Validade da Semha 13/10/10 9/12/10

8-Número da Carteira 1003700000491570 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa SIND EST DOS PROF DE EDUC DO 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708205696231045

13-Nome SUELY MAGNO DA SILVA 14-Telefone () - 15-Nome do titular do plano SUELY MAGNO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante MARILENE MOREIRA CUNHA 18-Número no CRO 8132 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1457603811768 22-Nome do Contratado Executante MARILENE MOREIRA CUNHA 23-Número no CRO 8132 24-UF RJ 25-Código CNES (I) 81000421-RPIE (II) 85200166-34

26-Nome do Profissional Executante MARILENE MOREIRA CUNHA 27-Número no CRO 8132 28-UF RJ 29-Código CBO S (II) 85200166-34

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	3	0				
		CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	3	4	0	0		
2-0	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
		RX PERIAPICAL				1	1	4	0	0		
3-0	0	8	5	2	0	0	1	6	6			
		TRATAMENTO ENDODONTICO				1	2	5	8	0	0	
4-0	0											
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Data Provisória Término do Tratamento 46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 47-Valor Total US 1306,00 48-Valor Total R\$ 10,00 49-Observação

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 10/11/10 Dr. Marlene Moreira Cunha 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/10 Dr. Marlene Moreira Cunha 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/10 SUELY MAGNO DA SILVA 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11

Dr. Marlene Moreira Cunha
 ORTODONTIA E ODONTOPEDIATRIA
 CRO/RJ 8132