

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



395841
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
1 2 / 0 1 / 1 2 1

6-Número da Guia Principal
50198941

5-Sanha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 4 / 1 0 / 1 2 1

3-Data de Emissão da Guia
1 4 / 1 0 / 1 2 1

1-Registro ANS
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
700205425607426

11-Data Validade da Carteira
/ / / / / /

10-Empresa
OURO T?XI

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
1 0 1 3 7 1 0 0 0 0 0 1 0 2 7 8 7 8

15-Nome do titular do plano
RONILDA MARIA GUEDES SIMEAO

14-Telefone
() / / / / / /

13-Nome
RONILDA MARIA GUEDES SIMEAO

16-Endereço a RN
ROBERTO LEONARDO MISAELE FREIRE

17-Nome do Profissional Solicitante
ROBERTO LEONARDO MISAELE FREIRE

18-Número no CRO
43577

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1 0 5 8 7 8 9 6 1 7 5 0

22-Nome do Contratado Executante
ROBERTO LEONARDO MISAELE FREIRE

23-Número no CRO
43577

24-UF
RJ

25-Código CBO S
801 -

26-Nome do Profissional Executante
ROBERTO LEONARDO MISAELE FREIRE

27-Número no CRO
43577

28-UF
RJ

29-Código CBO S
801 -

30-UF
RJ

31-Código do Procedimento
1 0 0 0 8 5 2 0 0 1 6 6

32-Descrição
TRATAMENTO ENDODONTICO

33-Dentista/Ragão
22

34-Face
1

35-Qtd
1

36-Quantidade US
2 5 8 1 0 0

37-Valor
0 1 0 0

38-Franquia/Co-participação R\$
0 1 0 0

39-Aut
S 1 0 1 1 0 1 2 0

40-Data de Realização
1 2 1 1 0 1 2 0

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
S 1 0 1 1 0 1 2 0

30-Tabule	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Ragão	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	1 0 0 0 8 5 2 0 0 1 6 6	TRATAMENTO ENDODONTICO	22	1	1	2 5 8 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	S 1 0 1 1 0 1 2 0	1 2 1 1 0 1 2 0	S 1 0 1 1 0 1 2 0
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Fraturamento	46-Tipo de Fraturamento	47-Valor Total R\$	48-Total Fratura / Co-participação R\$
12/11/2010	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orientação 4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial	1-1-Total 2-Parcial	2 5 8 1 0 0	0 1 0 0

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 Beneficiário Responsável
20/11/2010, Porto Alegre, RS, Ronilda Maria Guedes Simeao

51-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
20/11/2010, Porto Alegre, RS, Roberto Leonardo Misael Freire