



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

31646
INTERCÂMBIO

1-ANO 414 3-Data de Emissão da Guia 12/5/10 5/12/10 4-Data de Autorização 12/5/10 5/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50163956 7-Data Validade da Guia 12/3/10 8/12/10

10-Beneficiário 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde 704204205984982 13-Plano POS REDE PRESTADORA 14-Tipo de Atendimento 15-Data Validade da Carteira 16-Nome do titular do plano MARINA BISPO TAVARES 17-Contratado Responsável pelo Tratamento 18-Data 27/12/2003 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Contratado Responsável pelo Tratamento 22-Nome do Contratado Executante MARCIA MARTINS PEREIRA 23-Número no CRO 20672 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Número no CRO 20672 27-UF RJ 28-Código CBO S

31-Código do Procedimento	32-Descrição	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-Ass
0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,00	0,00		11/11/10	28/05/10
0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	IHASE		1	1	35,00	0,00		11/11/10	28/05/10
0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	IHASE		1	1	35,00	0,00		11/11/10	28/05/10
0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	1	35,00	0,00		11/11/10	28/05/10
0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	1	35,00	0,00		11/11/10	28/05/10
0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	1	61,00	0,00		11/11/10	28/05/10
0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	1	61,00	0,00		11/11/10	28/05/10
0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	1	61,00	0,00		11/11/10	28/05/10
0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	1	61,00	0,00		11/11/10	28/05/10
0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	D	1	1	61,00	0,00		11/11/10	28/05/10
0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	I	1	1	61,00	0,00		11/11/10	28/05/10
0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	1	61,00	0,00		11/11/10	28/05/10
0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	1	61,00	0,00		11/11/10	28/05/10
0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	1	61,00	0,00		11/11/10	28/05/10

43-Tipo de Faturamento 44-Valor Total R\$ 45-Quantidade US 46-Valor Total R\$ 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação

O, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos do tratamento. 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, o valor do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 52-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável 53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente