



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

349211
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/07 11/12/07	5-Sentida AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50180718	7-Data Validade da Senha 12/9/11 01/12/01
--------------------------	--	-------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101031799941065087620111	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONAUT CONTROLES A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708100530831537
--	--------------------------------	----------------------------------	--	--

13-Nome FABIANE MARIA SILVA SALABERT	14-Teléfono (11) 11111111	15-Nome do titular do plano RICARDO NOGUEIRA SALABERT
---	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante THALITA NUNES OLIVEIRA MARCOS	18-Número no CRO 48408	19-UF RJ	20-Código CBO S 801	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 109314719197684111	22-Nome do Contratado Executante THALITA NUNES OLIVEIRA MARCOS	23-Número no CRO 48408	24-UF RJ	25-Código CNES 85100200	26-Nome do Profissional Executante THALITA NUNES OLIVEIRA MARCOS	27-Número no CRO 48408	28-UF RJ	29-Código CBO S (I) 85100200	30-Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
--------------------------	--	---------------------------	-------------	------------------------	---	---	---------------------------	-------------	----------------------------	---	---------------------------	-------------	---------------------------------	---

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Avul	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-10101851101020101	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	1	818100	01010101	01010101	01010101	01010101	01010101
2-10101851101020101	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	1	818100	01010101	01010101	01010101	01010101	01010101
3-10101851101020101											
4-10101851101020101											
5-10101851101020101											
6-10101851101020101											
7-10101851101020101											
8-10101851101020101											
9-10101851101020101											
10-10101851101020101											
11-10101851101020101											
12-10101851101020101											
13-10101851101020101											
14-10101851101020101											
15-10101851101020101											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 117610101	47-Valor Total R\$ 1010101	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11111111
--	---	---	-------------------------------------	-------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esdarecido 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(ram) 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 12/11/10 11/12/10 Thalita Nunes Oliveira Cirurgiã - Dentista	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/10 11/12/10 Thalita Nunes Oliveira Cirurgiã - Dentista	52-Data local e Assinatura do Beneficiário - Responsável 12/11/10 11/12/10 Ricardo Nogueira Salabert	53-Data local e Carimbo da Empresa 12/11/10 11/12/10 Rio das Ostras Odonto	CNPJ - 3242337210001-17
---	---	---	---	-------------------------