



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

459674
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
12/11/01 14/12/11

6-Número da Guia Principal
8222336

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/11/01 11/12/11

3-Data de Emissão da Guia
12/11/01 11/12/11

1-Registro ANS
408414

10-Empresa RPC CREDENCIAMENTOS LTDA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
14-Telefone (67) 928111587		15-Nome do titular do plano OTAVIO AUGUSTO BEZERRA GOMES			

13-Nome OTAVIO AUGUSTO BEZERRA GOMES		15/12/1981	
---	--	------------	--

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA CARLA DA COSTA LIMA		18-Número no CRO 6497		19-UF MS		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10151183581940111		22-Nome do Contratado Executante ANA CARLA DA COSTA LIMA		23-Número no CRO 6497		24-UF MS		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA CARLA DA COSTA LIMA		27-Número no CRO 6497		28-UF MS		29-Código CBO S			

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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-01018153000471			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/11/01	12/11/01
2-01018153000471			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/11/01	12/11/01
3-01018153000471			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/11/01	12/11/01
4-01018153000471			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/11/01	12/11/01
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/11/01	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	---	-----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, 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 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 Contratado Executante 12/11/01 11/12/11 Ana Carla da Costa Lima	51-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 12/11/01 11/12/11 Ana Carla da Costa Lima	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/01 11/12/11 Otavio Augusto Bezerra Gomes
---------------	---	---	---

CRÓPR 27573-360MS 5491
Ana Carla da Costa Lima
CRÓPR 27573-360MS 5491
Ana Carla da Costa Lima
CRÓPR 27573-360MS 5491
Ana Carla da Costa Lima