

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ANº

379543
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/09 12:00	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50193023
Dados do Beneficiário		7-Data Validade da Senha 12/01/12 12:00	
8-Número de Carteira 00037000000237900183	9-Plano POS REDE PRESTADORA		
13-Nome BRUNO CARNEIRO LEAO BETTAMIO	10-Empresa UNNI CLUB DE		
14-Telefone () - - - - -		11-Data Validade da Carteira / /	
15-Nome do titular do plano MARIO AUGUSTO CONSTANT DE LIMA		12-Número de Cartão Nacional de Saúde 706503390067697	
16-Atendimento a RN MARILENE MOREIRA CUNHA			
17-Nome do Profissional Solicitante MARILENE MOREIRA CUNHA		18-Número no CRO 8132	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 145760381768		20-Código CBO S 801 -	
26-Nome do Profissional Executante MARILENE MOREIRA CUNHA		24-UF RJ	
27-Número no CRO 8132		25-Código CNES 8132	
28-UF RJ		29-Código CBO S	

30-Tabella	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 de Glosa 42-Assinatura
1-00018100000300	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		1	34,00	0,00	0,00	S	12/11/09 12:00	
2-00018100000300											
3-00018100000300											
4-00018100000300											
5-00018100000300											
6-00018100000300											
7-00018100000300											
8-00018100000300											
9-00018100000300											
10-00018100000300											
11-00018100000300											
12-00018100000300											
13-00018100000300											
14-00018100000300											
15-00018100000300											

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	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, 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), 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 12/11/09 12:00	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/09 12:00	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário-Responsável 12/11/09 12:00	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--

Dra. Marilene Moreira Cunha
ORTODONTIA E ODONTOPEDIATRIA
CRO/RJ 8132