

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



401014  
INTERCÂMBIO

1-Região ANS  
406414

3-Cópia de Emissão da Guia  
12/11/10/12/0

4-Data de Autorização  
12/11/10/12/0

5-Será  
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal  
50200606

7-Data Validade da Guia  
11/9/10/11/12/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde  
708401209737961

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira  
000370000018881146

9-Prato  
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa  
CORREA MIRANDA COM

11-Data Validade da Carteira  
11/9/10/11/12/11

13-Nome  
MARCIA JACQUELINE MOURA MIRANDA

13/08/1973

14-Telefone  
( )

15-Nome do titular do plano  
MARCIA JACQUELINE MOURA MIRANDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adesão a RN  
N

17-Nome do Profissional Societário  
ANDREA BATISTA FERES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
10117052177702

22-Nome do Contratado Especialista  
ANDREA BATISTA FERES

26-Nome do Profissional Especialista  
ANDREA BATISTA FERES

16-Número no CNO  
22644

23-Número no CNO  
22644

27-Número no CNO  
22644

19-UF  
RJ

24-UF  
RJ

25-UF  
RJ

20-Código CBO S

26-Código CHES

28-Código CBO S

801 -  
Faturar Empresa  
Enviar - RX  
(I) 85100216

Nome do Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Tecla  
1-0 0 1 8 5 1 0 0 2 1 8

32-Descrição  
RESTAURAÇÃO RESINA

33-Dente Regiões  
23

34-Faixa  
DVP

35-Dente  
1

36-Quantidade US  
1 4 3 0 0

37-Valor  
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$  
5122,10/20

39-Aut  
5122,10/20

40-Data de Realização  
12/11/10/20

41-Motivo da Guia  
42-Adesão

43-Valor Total R\$  
10,00

44-Total Franquia / Co-participação R\$

45-Total Franquia / Co-participação R\$

46-Total Franquia / Co-participação R\$

47-Total Franquia / Co-participação R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Total Franquia / Co-participação R\$

50-Total Franquia / Co-participação R\$

51-Total Franquia / Co-participação R\$

52-Total Franquia / Co-participação R\$

53-Total Franquia / Co-participação R\$

54-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que esta tem sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentada, 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 Solicitante  
21/11/10/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
21/11/10/12/0

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
21/11/10/12/0

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
21/11/10/12/0

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
21/11/10/12/0

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
21/11/10/12/0

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
21/11/10/12/0

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
21/11/10/12/0

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
21/11/10/12/0

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
21/11/10/12/0

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
21/11/10/12/0