



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



1-Registro AMS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/08	4-Data de Autorização 10/11/08	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181434	7-Data Validade da Série 10/11/11
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0003700000031338049	9-Pelo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707609270830397
---	-------------------------------	--------------------------------	--	--

13-Nome SIMONE VICENTE DA SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano SIMONE VICENTE DA SILVA
------------------------------------	------------------------------	--

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	18-Número no CRO 31802	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operação / CNPJ/CPF 82436274720	22-Nome do Contratado Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	23-Número no CRO 31802	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	27-Número no CRO 31802	28-UF RJ	29-Código CBO S	

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 Classe	42-Assinatura
1-0	0	8 5 3 0 1 0 4 7										
2-0	0	8 5 3 0 1 0 4 7										
3-0	0	8 5 3 0 1 0 4 7										
4-0	0	8 5 3 0 1 0 4 7										
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-D-Revista Técnica do Tratamento 13/11/08	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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), 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-Descrição

50-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/08	51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 13/11/08	52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/08	53-Data Local e Carimbo da Empresa 13/11/08
--	--	--	--