



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



335707
INTERCÂMBIO

2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/07/2012	4-Data de Autorização 08/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50175038	7-Data Validade da Senha 05/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00371118003112001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa APEFRO PLPART	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709001898027410	13-Nome MARCIA CHAIM ARAUJO
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
14-Atendimento a RN N	15-Nome do Profissional Solicitante JULIANA MACIEL SIERRA	16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA MACIEL SIERRA	18-Número no CRO 32925	19-UF RJ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 10620035781	22-Nome do Contratado Executante JULIANA MACIEL SIERRA	23-Número no CRO 32925	24-UF RJ	25-Código CNES 32925	26-UF RJ
Dados do Profissional Executante					
27-Nome do Profissional Executante JULIANA MACIEL SIERRA	28-Número no CRO 32925	29-Código CBO S 32925	30-UF RJ	31-Código CBO S 32925	32-UF RJ
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
33-Tabella 1-000810000300	34-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	35-Qtd 1	36-Face 1	37-Valor 34,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00
2-000853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00
3-000853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00
4-000853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00
5-000853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00
6-000810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	4,00	0,00
7-000810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	4,00	0,00
8-000810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	4,00	0,00
9-000810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	4,00	0,00
10-000810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	4,00	0,00
11-000810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	4,00	0,00
12-000810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	4,00	0,00
13-000810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	4,00	0,00
14-000810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	4,00	0,00
15-000810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	4,00	0,00
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 234,00					
46-Total Quantidade US 234,00					
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), 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 Dentista-Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/07/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/07/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---