



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/11 01/20	4-Data de Autorização 12/09/11 01/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50202510	7-Data Validação da Senha 12/09/11 01/20
--------------------------	---	---	-----------------------	--	---

407930
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10 0 3 7 0 0 0 0 3 1 5 0 3 3 2 5	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CLINIAUDIO RIO AUD	11-Data validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde 704201288149781
--	--------------------------------	----------------------------------	--	--

13-Nome ARTHUR CAMPELO PACHECO	14-Telefone 1207/2013	15-Nome do titular do plano ADRIANA GUEDES CAMPELO PACHECO		
16-Agendamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	18-Número do CNO 31802	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNO / CNP 8 2 4 3 6 2 7 4 7 2 0	22-Nome do Contratado Excludente DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	23-Número no CNO 31802	24-UF RJ	25-Código CUES Enviar - RX (1) 81000421-RIS
26-Nome do Profissional Excludente DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	27-Número no CNO 31802	28-UF RJ	29-Código CBO S	30-Valor 801 -

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método da Gesso	42-Assinatura
1-0	0	8 4 0 0 0 0 9 0			1	17 2 0 0 0	0 0 0 0			11/09/11	20	
2-0	0	8 1 0 0 0 0 4 2 1			1	14 0 0 0	0 0 0 0			11/09/11	20	
3-0	0	8 3 0 0 0 0 8 9			1	17 3 0 0	0 0 0 0			11/09/11	20	
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/09/11	44-Tipo de Agendamento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 5 9 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0
--	---	--	-------------------------------------	-------------------------------	--

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-Diagnóstico local e Assinatura do Grupo-Prática Solicitante 11/09/11	51-Diagnóstico local e Assinatura do Grupo-Prática 11/09/11	52-Diagnóstico local e Assinatura do Paciente / Responsável 11/09/11	53-Diagnóstico local e Assinatura do Grupo 11/09/11
--	--	---	--