

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ANº

368356
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/09/12	4-Data de Autorização 02/09/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50188702	7-Data Validade da Senha 01/12/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000000491589	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SIND EST DOS PROF DE EDUC DO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700303990491530
13-Nome LUCIO PENHA CALABRIA	14-Telefone 19/06/1942	15-Data Validade da Carteira ()	16-Data Validade da Carteira / /	17-Data Validade da Carteira / /

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante MARILENE MOREIRA CUNHA	18-Número no CRO 8132	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1457610381768	22-Data do Contrato Executante MARILENE MOREIRA CUNHA	23-UF RJ	24-UF RJ
25-Data do Profissional Executante MARILENE MOREIRA CUNHA	26-Número no CRO 8132	27-UF RJ	28-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Glosa 42-Assinatura
1-00	185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	23	DPM	1	122,00	0,00	0,00	S	02/09/12	[Assinatura]
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, 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 02/09/12 Marilene Moreira Cunha	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/09/12 Marilene Moreira Cunha	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/09/12 Lucio Penha Calabria	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

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