



franquizado para rdc-2001

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



402946
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
12/01/2011

6-Número da Guia Principal
50201030

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/12/11 01:20

3-Data de Emissão da Guia
12/12/11 01:20

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0037999406417605011

10-Empresa
THIAGO FRANCA RAMI

11-Data Validade da Carteira
700002478293409

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
THIAGO FRANCA RAMIREZ

14-Teléfono
06/12/1983

15-Nome do titular do plano
THIAGO FRANCA RAMIREZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Mendicância a RN
VERONICA BARBOSA DE AZEVEDO CRUZ

17-Nome do Profissional Solicitante
VERONICA BARBOSA DE AZEVEDO CRUZ

18-Número no CRO
21231

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
00190821773

22-Nome do Contratado Executante
VERONICA BARBOSA DE AZEVEDO CRUZ

23-Número no CRO
21231

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
VERONICA BARBOSA DE AZEVEDO CRUZ

27-Número no CRO
21231

28-UF
RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Deuração	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 na Classe 42-Assinatura
1-001815100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	90	0,00	0,00	0,00			
2-001815100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	90	0,00	0,00	0,00			
3-001815100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	I	1	90	0,00	0,00	0,00			
4-001815100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	I	1	90	0,00	0,00	0,00			
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsto Término do Tratamento
44-Tipo de Atendimento
45-Tipo de Faturamento
46-Tipo de Faturamento
47-Valor Total R\$
48-Tipo de Faturamento
49-Tipo de Faturamento
50-Tipo de Faturamento
51-Tipo de Faturamento
52-Tipo de Faturamento
53-Tipo de Faturamento
54-Tipo de Faturamento
55-Tipo de Faturamento
56-Tipo de Faturamento
57-Tipo de Faturamento
58-Tipo de Faturamento
59-Tipo de Faturamento
60-Tipo de Faturamento
61-Tipo de Faturamento
62-Tipo de Faturamento
63-Tipo de Faturamento
64-Tipo de Faturamento
65-Tipo de Faturamento
66-Tipo de Faturamento
67-Tipo de Faturamento
68-Tipo de Faturamento
69-Tipo de Faturamento
70-Tipo de Faturamento
71-Tipo de Faturamento
72-Tipo de Faturamento
73-Tipo de Faturamento
74-Tipo de Faturamento
75-Tipo de Faturamento
76-Tipo de Faturamento
77-Tipo de Faturamento
78-Tipo de Faturamento
79-Tipo de Faturamento
80-Tipo de Faturamento
81-Tipo de Faturamento
82-Tipo de Faturamento
83-Tipo de Faturamento
84-Tipo de Faturamento
85-Tipo de Faturamento
86-Tipo de Faturamento
87-Tipo de Faturamento
88-Tipo de Faturamento
89-Tipo de Faturamento
90-Tipo de Faturamento
91-Tipo de Faturamento
92-Tipo de Faturamento
93-Tipo de Faturamento
94-Tipo de Faturamento
95-Tipo de Faturamento
96-Tipo de Faturamento
97-Tipo de Faturamento
98-Tipo de Faturamento
99-Tipo de Faturamento

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(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
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante
52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
68-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
72-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
73-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
74-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
75-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
76-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
77-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
78-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
79-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
80-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
81-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
82-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
83-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
84-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
85-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
86-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
87-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
88-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
89-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
90-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
91-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
92-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
93-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
94-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
95-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
96-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
97-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
98-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
99-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente