



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



Tratado para o(a) paciente

394603
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/13/11 10/12/10	5-Sinistro AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198535	7-Data Validade da Sinistra 11/11/10 11/12/11
--------------------------	--	--------------------------	--	--

8-Número da Carteira 1003767740000290021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GRAFICA EDITORA RA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708001889353523
---	--------------------------------	----------------------------------	---	--

13-Nome PAULO ROBERTO BARBOSA DE SOUZA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano PAULO ROBERTO BARBOSA DE SOUZA	16-Número no CRO 21231	17-Número no CRO 21231	18-UF RJ	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
---	------------------------------	---	---------------------------	---------------------------	-------------	-------------	--------------------------

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 10109082117773	22-Nome do Contratado Executante VERONICA BARBOSA DE AZEVEDO CRUZ	23-Número no CRO 21231	24-UF RJ	25-Código CNES 21231	26-Número no CRO 21231	27-UF RJ	28-Código CBO S 801 -
---	--	---------------------------	-------------	-------------------------	---------------------------	-------------	--------------------------

29-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados	30-Descrição	31-Código do Procedimento	32-Quantidade US	33-Dente/Região	34-Faco	35-Qtd	36-Valor	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo na Classe 42-Assinatura
1-0001851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	28	MO	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2-0001851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OD	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3-0001851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	48	MO	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4-0001851002000												
5-0001851002000												
6-0001851002000												
7-0001851002000												
8-0001851002000												
9-0001851002000												
10-0001851002000												
11-0001851002000												
12-0001851002000												
13-0001851002000												
14-0001851002000												
15-0001851002000												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/13/11 10/12/10	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 33910101	47-Valor Total R\$ 010101	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 010101
---	--	---	------------------------------------	------------------------------	---

49-Observação	50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/13/11 10/12/10	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/13/11 10/12/10	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/13/11 10/12/10	53-Data, Local e Carimbo da Empresa 11/13/11 10/12/10
---------------	--	--	--	--

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), 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.