



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



476670
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
11/14/10 5/1/21

6-Número da Guia Principal
8298282

5-Sentia
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/9/10 2/1/21

3-Data de Emissão da Guia
11/3/10 2/1/21

1-Registro ANS
406414

8-Número da Carteira 100210215265432000025021	10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KAUA ABNER DA SILVA NEVES	14-Telefone (11) 33803300	15-Nome do titular do plano ANNA MARIA VIEIRA DA SILVA	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS	18-Número no CRO 26384	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1071069176784	22-Nome do Contratado Exequante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS	23-Número no CRO 26384	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Exequante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS		27-Número no CRO 26384	28-UF RJ	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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 Oliba 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento										
1	0108110000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/02/11	XBRMS
2	01084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			11/02/11	XBRMS
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/10/11	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 106,00	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(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 11/10/11/11	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/02/11/11	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/02/11/11	53-Data local e Carimbo da Empresa 11/02/11/11
---	---	---	---