

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/9/11 01/2101 4-Dia de Autorização 11/9/11 01/2101 5-Seria AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50200041 7-Dia Validade da Seria 11/7/10 11/211

398999
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 003799 9-406660072113 10-Plano POS REDE PRESTADORA 11-Telefone 3R COMERCIO DE RAC 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700001959534305

13-Nome CRISTIANE RAMOS RIBEIRO ESTEPH

14-Data Validade da Carteira 15-Nome do titular do plano CARLOS RENATO LIMA ESTEPHANIO

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO

18-Número no CBO 35649 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 099046727921 22-Nome do Contratado Executante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO

23-Número no CBO 35649 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO

27-Número no CBO 35649 28-Código CBO S RJ

30-Índice	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	081010065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00					
2-00	0853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00					
3-00	0853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00					
4-00	0853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00					
5-00	0853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00					
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dia Previsto 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 Quantitativo US 1178,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Autorizado 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dia, local e Cópia da Empresa

Dra. Aldyjanne B. Dietrich
Cirurgiã Dentista
CRO 35649

Dra. Aldyjanne B. Dietrich
Cirurgiã Dentista
CRO 35649

Dra. Aldyjanne B. Dietrich
Cirurgiã Dentista
CRO 35649