

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/10 17/12/10	4-Data de Autorização 10/12/10 17/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50173990	7-Data Validade da Senha 13/10/10 19/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

333122
 INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10/03/70 0101016328275	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MELHOR OPCAO VIAGE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 89800465003182
13-Nome MATHIEUS FELIPE FONTES DE JESUS		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARIA DE LOURDES VIEGAS FONTES
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 08/02/2010				

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solícitante MARILENE MOREIRA CUNHA	18-Número no CRO 8132	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4577603811768	22-Nome do Contratado Executante MARILENE MOREIRA CUNHA	23-Número no CRO 8132	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante MARILENE MOREIRA CUNHA	27-Número no CRO 8132	28-UF RJ	29-Código CBO S	

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
1-0	0	81001030			1	34,00	10,00			02/07/2010		
2-0	0	84001090			1	72,00	0,00			02/07/2010		
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1106,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 10/12/10 17/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/12/10 17/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/12/10 17/12/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--