



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-UF



436900
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/11 12/12/10	4-Data de Autorização 11/11/11 12/12/10	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8128069	7-Data Validade da Sineta 10/08/11 03/11/12 11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 01012025310435000101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FABIANA JUSTINO SANTOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

13-Nome FABIANA JUSTINO SANTOS	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano FABIANA JUSTINO SANTOS	16-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
17-Nome do Profissional Solicitante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA	18-Número no CRO 49467	19-UF RJ	20-Código CNES 24-UF RJ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1141128541712911	22-Nome do Contratado Executante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA	23-Número no CRO 49467	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Executante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA	26-Número no CRO 49467	27-UF RJ	28-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura										
1- 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	6	1	0	0	S	11/11/12	12/12/20										
2- 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6	1	0	0	S	11/11/12	12/12/20										
3-																						
4-																						
5-																						
6-																						
7-																						
8-																						
9-																						
10-																						
11-																						
12-																						
13-																						
14-																						
15-																						

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), tolfom 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 11/11/11 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Responsável 11/11/11 11/11/11	53-Data, local e Assinatura do Responsável 11/11/11 11/11/11
---------------	--	--	---	---