



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

512140
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/2013 12:11	4-Data de Autorização 10/03/2014 12:11	5-Sintha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8438089	7-Data Validade da Sintha 12/06/2014
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202025308233000000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		
13-Nome JORDAN ALMEIDA DE MOURA	14-Telefone 24/07/1989		15-Nome do titular do plano GISELA DE BRITO SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA		18-Número no CRO 49467	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1411285411729		22-Nome do Contratado Executante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA			
26-Nome do Profissional Executante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA		27-Número no CRO 49467		28-UF RJ	29-Código CBO S (I) 85100200
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0101851001200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	1
2-0101851001200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OL	1	1
3-010185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	1
4-010185100196	RESTAURAÇÃO RESINA				
5-010185100196	RESTAURAÇÃO RESINA				
6-010185100196	RESTAURAÇÃO RESINA				
7-010185100196	RESTAURAÇÃO RESINA				
8-010185100196	RESTAURAÇÃO RESINA				
9-010185100196	RESTAURAÇÃO RESINA				
10-010185100196	RESTAURAÇÃO RESINA				
11-010185100196	RESTAURAÇÃO RESINA				
12-010185100196	RESTAURAÇÃO RESINA				
13-010185100196	RESTAURAÇÃO RESINA				
14-010185100196	RESTAURAÇÃO RESINA				
15-010185100196	RESTAURAÇÃO RESINA				
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Class 42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
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 c(s) procedimento(s) descrito(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		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável	
		Karinne Rodrigues Alves Lima		Karinne Rodrigues Alves Lima	
		10/03/2014 12:11		10/03/2014 12:11	
		CRO-RJ 49467		CRO-RJ 49467	
		CRO-RJ 49467		CRO-RJ 49467	