

353143

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
07/10/2010

4-Data de Autorização
07/10/2010

5-Série
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50182413

7-Data Validade da Sessão
05/11/2010

8-Nº do Cartão Nacional de Saúde
888004626177982

9-Dados do Beneficiário

B-Número da Carteira
0037000016245361

10-Empresa
UNIVERSO CANINO CO

11-Data Validade da Carteira
05/11/2010

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
888004626177982

13-Nome
ALICE BATISTA IANELLI

14-Telefone
(11) 2222-1234

15-Nome do Titular do plano
ARTHUR CARDOSO IANELLI

16-Aluguelamento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA

18-Número no CRO
24440

19-UF RJ

20-Código CBO S
801

21-Código na Operadora CNPJ// CEP
1015196288719

22-Número do Contratado Executante
CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA

23-Número no CRO
24440

24-UF RJ

25-Código CNES
(I) 85100200

26-Nome do Profissional Executante
CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA

27-Número no CRO
24440

28-UF RJ

29-Código CBO S
(I) 85100200

30-Plano de Treinamento / Procedimentos Solicitados

31-Descrição
RESTAURAÇÃO RESINA

32-Descrição
RESTAURAÇÃO RESINA

33-Dente/Região
16

34-Fase
0

35-Quantidade US
1

36-Valor

37-Valor

38-Franquia/Co-participação RS
1400

39-Aut

40-Data de Realização
14/09/2010

41-Motivo da Glosa
Assinatura

42-Data de Realização
14/09/2010

43-Data Previsão Término do Treinamento
11/10/2010

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
4

47-Valor Total RS
0,00

48-Total Franquia / Co-participação RS
0,00

49-Observação
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 arcer com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizad(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 previsão em contrato.

50-Data, Local e Assinatura do Odontólogo-Dentista Solicitante
25/09/2010

51-Data, Local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
24/09/2010

52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
24/09/2010

53-Data, Local e Câmbio da Empresa
1/1/1