



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 01/2 01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50201888	7-Data Validade da Senha 12/5/10 11/2 11	405804 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 1000379994063079566	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LABORATORIO BW LTD	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Contrato Nacional de Saúde 708902720360610	
13-Nome ALESSANDRA ALVES MACIEL LACERD					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Matrimônio a R/A	17-Nome do Profissional Solicitante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA	18-Número no CRO 49467	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1141285411729	22-Nome do Contratado Executante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA	23-Número no CRO 49467	24-UF RJ	25-Código CNIES	
26-Nome do Profissional Executante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA	27-Número no CRO 49467	28-UF RJ	29-Código CBO S		

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	10018110000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00		27/10/20	x alegando	
2	1001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00		27/10/20	x alegando	
3	1001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00		27/10/20	x alegando	
4	1001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00		27/10/20	x alegando	
5	1001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00		27/10/20	x alegando	
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 27/10/12	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 Quantidade US 1174,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

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(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 27/10/20 Karinne R. Alves Lima Cirurgiã-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 27/10/20 Karinne R. Alves Lima Cirurgiã-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/20 Karinne R. Alves Lima Cirurgiã-Dentista	53-Data, local e Assinatura da Empresa 27/10/20 LABORATORIO BW LTD CNPJ: 14.092.419/0001-25
--	---	--	---

CRO-RJ 49.467