

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/08 12 01	4-Data de Autorização 12/01/08 12 01	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50185389	7-Data Validade da Serinha 11/11/12 01	360328 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	---	-------------------------	--	---	-----------------------

8-Número da Carteira 000379994065231810101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LUCIA MARIA CORREA	11-Data Validade da Carteira 11/11/12 01	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702909532653174
13-Nome LUCIA MARIA CORREA DA SILVA	12/02/1948	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano LUCIA MARIA CORREA DA SILVA	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP	18-Número no CRO 20598	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01116018168743	22-Nome do Contratado Executante ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP	23-Número no CRO 20598	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP		27-Número no CRO 20598	28-UF RJ	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
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-Assint	
1-10	018110000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00	SI	22/10/20		20	
2-10	018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	SI	22/10/20		20	
3-10	018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	SI	22/10/20		20	
4-10	018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	SI	22/10/20		20	
5-10	018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	SI	22/10/20		20	
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
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 F		
			1-Total 2-Parcial		1-Total 2-Parcial		1174,00		10,00		10,00		

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 pr contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) 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, referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP CRO RJ 20598 0116898743	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP CRO RJ 20598 0116898743	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável LUCIA MARIA CORREA DA SILVA CPF 702909532653174	53-Data, local e Assinatura da Empresa LUCIA MARIA CORREA DA SILVA CPF 702909532653174
---------------	---	---	---	--