



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/12/02/12/11		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8295888		7-Data Validade da Sentença 11/13/05/12/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde													
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde													
8-Número da Carteira 000202507366700118602		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa RENAULT DO BRASIL SA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde															
13-Nome SILVANA LEAL PINTO BANDEIRA										13-Data Validade da Carteira 11/11/11/11													
14-Telefone (11) 11111111										15-Nome do titular do plano RUI PINTO BANDEIRA JUNIOR													
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 1141281541729		22-Nome do Contratado Executante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA		23-Número no CRO 49467		24-UF RJ		25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218															
26-Nome do Profissional Executante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA		27-Número no CRO 49467		28-UF RJ		29-Código CBO S (I) 85100200 (I) 85100218																	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura							
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-Assinatura	
1-00085100218		RESTAURAÇÃO RESINA		12		PVI		1		12200		000		S		13/10/2012		S		13/10/2012		S	
2-00085100218		RESTAURAÇÃO RESINA		11		VP		1		1800		000		S		13/10/2012		S		13/10/2012		S	
3-00085100218		RESTAURAÇÃO RESINA		21		PVI		1		12200		000		S		13/10/2012		S		13/10/2012		S	
4-00085100218		RESTAURAÇÃO RESINA		38		O		1		6100		000		S		13/10/2012		S		13/10/2012		S	
5-00085100218		RESTAURAÇÃO RESINA																					
6-00085100218		RESTAURAÇÃO RESINA																					
7-00085100218		RESTAURAÇÃO RESINA																					
8-00085100218		RESTAURAÇÃO RESINA																					
9-00085100218		RESTAURAÇÃO RESINA																					
10-00085100218		RESTAURAÇÃO RESINA																					
11-00085100218		RESTAURAÇÃO RESINA																					
12-00085100218		RESTAURAÇÃO RESINA																					
13-00085100218		RESTAURAÇÃO RESINA																					
14-00085100218		RESTAURAÇÃO RESINA																					
15-00085100218		RESTAURAÇÃO RESINA																					
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\$					
11/11/11										1- Tratamento Odontológico		2- Exame Radiológico		3- Ortopedia		4- Urgência/Emergência		1- Total		2- Parcial		3- Total	

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

.....Paulves Lima.....

João P. Alves Lima

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: o.ã.-dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dala, local e Carimbo da Empresa

[Handwritten signature]