

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/2010	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 390797	7-Data Validade da Senha 04/10/11 12 11	390797 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 10037999406582358	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EXCELENCIA RIO CON	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome JULIA TEIXEIRA DE ARAUJO						
14-Telefone () 11 11 11 11 11 11						
15-Nome do titular do plano MARCIO PAVAO DE ARAUJO						

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	21-UF RJ	801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 114128541729	22-Nome do Contratado Executante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA	23-Número no CRO 49467	24-UF RJ	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA						
27-Número no CRO 49467						
28-UF RJ						
29-Código CBO S						

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 Cláusula 42-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 , 0 0	0 , 0 0	0 , 0 0	N	0 6 / 1 0 / 2 0	29
2-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5 , 0 0	0 , 0 0	0 , 0 0	N	0 6 / 1 0 / 2 0	29
3-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3 5 , 0 0	0 , 0 0	0 , 0 0	N	0 6 / 1 0 / 2 0	29
4-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3 5 , 0 0	0 , 0 0	0 , 0 0	N	0 6 / 1 0 / 2 0	29
5-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5 , 0 0	0 , 0 0	0 , 0 0	N	0 6 / 1 0 / 2 0	29
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 R\$		
11/11/11		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial		1 7 4 , 0 0		0 , 0 0		0 , 0 0		

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 pagar 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(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, 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 Beneficiário 06/11/2010 Karinne R. Alves Lima Cirurgiã Dentista CRO-RJ 49.467	51-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 06/11/2010 Karinne R. Alves Lima Cirurgiã Dentista CRO-RJ 49.467
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/2010 Karinne R. Alves Lima Cirurgiã Dentista CRO-RJ 49.467	
53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 06/11/2010 Karinne R. Alves Lima Cirurgiã Dentista CRO-RJ 49.467	