



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª



455448
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2011	4-Data de Autorização 11/01/2011	5-Sinoma AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8202946	7-Data Validade da Sinoma 11/01/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002020253420111000000101012	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/01/2011	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PAULO ANDRE DE SOUZA ARAUJO					
14-Telefone (11) 11111111					
15-Nome do titular do plano IRLAN DE JESUS ARAUJO					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solidário KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA	18-Número no CRO 49467	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	21-Código CNES 49467
22-Código da Operadora / CNPJ / CPF 114128541729	23-Nome do Contratado Exequante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA				
24-Código da Operadora / CNPJ / CPF 114128541729	25-Nome do Profissional Exequante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA				
26-Nome do Profissional Exequente KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Glosa 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Glosa 42-Assinatura					
1-0001840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-0001840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-0001840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4-0001840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5-0001840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6-0001840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7-0001840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8-0001840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9-0001840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10-0001840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11-0001840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12-0001840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
13-0001840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
14-0001840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
15-0001840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/01/2011	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 1140000	47-Valor Total R\$ 1140000	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 Responsável 11/01/2011 KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA CRO-RJ 49467	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 11/01/2011 KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA CRO-RJ 49467	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2011 PAULO ANDRE DE SOUZA ARAUJO	53-Data, local e Contínua da Empresa 11/01/2011 DENTAL UNI COOPERATIVA
---------------	---	--	---	---