

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.40*

1-Registro ANS
4054143-Data de Emissão da Guia
11/3/11 10/12/014-Data de Autorização
11/3/11 10/12/015-Sentença
AUTORIZADO6-Número da Guia Principal
501986547-Data Validade da Sentença
11/11/11 11/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10103700000030390365119-Tipo de Prestação
POS REDE PRESTADORA10-Endereço
LOKYS 89 REPRESENT11-Data Validade da Carteira
11/11/11 11/12/1112-Número do Cartão Nacional de Saúde
709004852080419

13-Nome

SORAYA DUARTE PAIXAO CAVALCANT

08/02/1971

(111) 1111-1111

15-Nome do titular do plano

SORAYA DUARTE PAIXAO CAVALCANT

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N17-Nome do Profissional Solicitante
KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA18-Número no CRO
4946719-UF
RJ20-Código CBO S
801 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
11411285411729111122-Nome do Contratado Executante
KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA23-Número no CRO
4946724-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA27-Número no CRO
4946728-UF
RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fator	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aui	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	15/11/11	15/11/11	15/11/11	15/11/11
2-100	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	15/11/11	15/11/11	15/11/11	15/11/11
3-100	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	15/11/11	15/11/11	15/11/11	15/11/11
4-100	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	15/11/11	15/11/11	15/11/11	15/11/11
5-100	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	15/11/11	15/11/11	15/11/11	15/11/11
6-111												
7-111												
8-111												
9-111												
10-111												
11-111												
12-111												
13-111												
14-111												
15-111												
43-Data Previsão Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
45-Tipo de Faturamento												
46-Tipo de Faturamento												
47-Valor Total R\$												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												

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

KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

15/11/11 15/11/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

15/11/11 15/11/11

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

15/11/11 15/11/11

CRO-RJ 49.467

RECEBIMOS DO BENEFICIÁRIO: SORAYA DUARTE PAIXAO CAVALCANT
R\$ 14.092,41 (quatorze mil e noventa e dois reais e quarenta e um centavos)
EPAD RJ 3.494
Insc. Municipal: 05221151-9