



18-Quilates para vólv 30/30

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



449939
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 11/12/11	4-Data de Autorização 11/08/10 11/12/11	5-Sinoma AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8180548	7-Data Validade da Sinoma 10/08/10 11/12/11
8-Número da Carteira 101021021525671122000000101012					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11					
12-Número de Contrato Nacional de Saúde					

13-Nome HAMILTON FRAZAO DAMICO		14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano HAMILTON FRAZAO DAMICO	
-----------------------------------	--	--------------------	--	---	--

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 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 114112815411729		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		Faturar Empresa	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										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
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição																	
1-01018110000301		CONSULTA ODONTOLÓGICA																	
2-01018400001981		PROFILAXIA: POLIMENTO																	
3-01018400001981		PROFILAXIA: POLIMENTO																	
4-01018400001981		PROFILAXIA: POLIMENTO																	
5-01018400001981		PROFILAXIA: POLIMENTO																	
6-																			
7-																			
8-																			
9-																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/08/10 11/12/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1174100	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/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 Cirurgião-Dentista Solicitante 11/08/10 11/12/11 Karinne R. Alves Lima	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário 11/08/10 11/12/11 Karinne R. Alves Lima	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/10 11/12/11 Karinne R. Alves Lima	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/08/10 11/12/11 Karinne R. Alves Lima
--	---	--	---