



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



454569
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/10 11/12/11	4-Data de Autorização 12/17/10 13/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8199731	7-Data Validade da Senha 11/05/10 14/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 101020253082330000001031	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JORDAN ALMEIDA DE MOURA	14-Telefone 24/07/1989	15-Nome do titular do plano GISELA DE BRITO SILVA			

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	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11411285411729	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		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados			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
1-00081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		HASD	1		1	34,00	0,00	0,00		12/17/10	8
2-00081000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE	1		1	35,00	0,00	0,00		12/17/10	8
3-00081000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAIE	1		1	35,00	0,00	0,00		12/17/10	8
4-00081000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAID	1		1	35,00	0,00	0,00		12/17/10	8
5-00081000198	PROFILAXIA: POLIMENTO											
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/10/12	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 Solicitante 12/10/12 R. Alves Lima CRO-RJ 49.467	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/12 R. Alves Lima CRO-RJ 49.467	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/12 R. Alves Lima CRO-RJ 49.467	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/10/12 CRO-RJ 49.467
---------------	---	---	---	---