



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



430530
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/11 11/12/01	4-Data de Autorização 13/01/11 11/12/01	5-Sonha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50209715	7-Data Validade da Senha 12/01/12 11/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00037000000026780480	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PEDRO ROTONDO VINC	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70540744444595	
13-Nome PEDRO ROTONDO VINCULA					
14-Teléfono (11) 11111111					
15-Nome do titular do plano PEDRO ROTONDO VINCULA					
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-UJ RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1141285141729111	22-Nome do Contratado Executante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA	23-Número no CRO 49467	24-UJ RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA					
27-Número no CRO 49467					
28-UJ RJ					
29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aul	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-001810000651		CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	1	34,00	0,00	0,00	0,00	11/12/11	[Assinatura]
2-001840001981		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	11/12/11	[Assinatura]
3-001840001981		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	11/12/11	[Assinatura]
4-001840001981		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	11/12/11	[Assinatura]
5-001840001981		PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	11/12/11	[Assinatura]
6-001840001981											
7-001840001981											
8-001840001981											
9-001840001981											
10-001840001981											
11-001840001981											
12-001840001981											
13-001840001981											
14-001840001981											
15-001840001981											

43-Data Prevista Término do Tratamento 01/11/12	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total RS 0,00	48-Total Franquia / Co-participação RS 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(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 10/11/11 11/12/01 Karinne R. Alves Lima Cirurgiã Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/11 11/12/01 Karinne R. Alves Lima Cirurgiã Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/11 11/12/01 Karinne R. Alves Lima Cirurgiã Dentista	53-Data, local e Assinatura do Operador 10/11/11 11/12/01 Karinne R. Alves Lima Cirurgiã Dentista
---	---	---	---