



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2012	4-Data de Autorização 09/10/2012	5-Sinla AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8271313	7-Data Validade da Sinla 06/10/15	8-Registro ANS 470661	9-Intercâmbio INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário							
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA							
11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome ALMIR DE LIMA JUNIOR							
14-Telefone () 6 8 8 1 1 7 9 2 9							
15-Nome do titular do plano GENOVEVA DA CONCEICAO MARTINS ALVES							

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 14128541729		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			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0	01851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00	0,00		08/10/12	
2-0	01851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00	0,00		08/10/12	
3-0	01851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00	0,00		08/10/12	
4-0	01851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	61,00	0,00	0,00		08/10/12	
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 244,00	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 09/10/2012 Karinne R. Alves Lima	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/2012 Karinne R. Alves Lima	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2012 Genoveva da Conceição Martins Alves	53-Data, local e Assinatura do Operadora 09/10/2012 CNPQ 14.092.494-9
---	---	---	--

CRO-RJ 49.467

CRO-RJ 49.467

CRO-RJ 49.467

CRO-RJ 49.467

CRO-RJ 49.467