

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/11 11/12/01	4-Data de Autorização 11/01/11 11/12/01	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8031167	7-Data Validade da Sineta 04/10/12 11/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020202532447900000103	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11				
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome JORGE HENRIQUE DE SOUSA DE OLIVEIRA					
14-Data de Nascimento 06/11/1980					
15-Nome do titular do plano ROSANGELA SOUSA LIMA DE FRANCA					

16-Alteramento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DENTCLINIC		18-Número no CRO 29605		19-UF RJ		20-Código CBO S 03		21-Código CBO S 03	
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1276851610884		23-Nome do Contratado Executante CLARISSA DE SOUZA NETO		24-UF RJ		25-Código CNES 29605		26-UF RJ		27-Código CBO S 29605	
28-Nome do Profissional Executante CLARISSA DE SOUZA NETO		29-Número no CRO 29605		30-UF RJ		31-Código CBO S 29605		32-UF RJ		33-Código CBO S 29605	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	6100				10/11/11	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo do Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 6100	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/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 11/12/10 Clarissa Neto	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/11 11/12/10 Clarissa Neto	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/11 11/12/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/11 11/12/10
--	--	--	--

Dr. Clarissa Neto
Cirurgiã Dentista
CRO / RJ 29.605

Dr. Jorginho de L. Sousa - Rio de Janeiro