

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



468602
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 0 3 / 0 2 / 2 1		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8262700		7-Data Validade da Senha 0 4 / 0 5 / 2 1			
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 4 2 0 1 1 0 0 0 0 1 0 2		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome PAULO ANDRE DE SOUZA ARAUJO											
14-Telefone () / /											
15-Nome do titular do plano IRLAN DE JESUS ARAUJO											
16-Atendimento a RN N											
17-Nome do Profissional Solicitante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 4 1 2 8 5 4 1 7 2 9											
22-Nome do Contratado Executante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA											
26-Nome do Profissional Executante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	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
1-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	6 1 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0		0 4 / 0 2 / 2 1	146
2-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	6 1 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0		0 4 / 0 2 / 2 1	146
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
0 4 / 0 2 / 2 1	1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial		1 2 2 0 0		0 0 0 0		0 0 0 0			

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.

48-Observação	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 0 4 / 0 2 / 2 1 Karinne R. Alves Lima CRO-RJ 49.467	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 0 4 / 0 2 / 2 1 Paulo Andre CRO-RJ 49.467	
53-Data, local e Contato da Empresa / /	
54-Data, local e Contato da Empresa / /	
55-Data, local e Contato da Empresa / /	
56-Data, local e Contato da Empresa / /	
57-Data, local e Contato da Empresa / /	
58-Data, local e Contato da Empresa / /	
59-Data, local e Contato da Empresa / /	
60-Data, local e Contato da Empresa / /	
61-Data, local e Contato da Empresa / /	
62-Data, local e Contato da Empresa / /	
63-Data, local e Contato da Empresa / /	
64-Data, local e Contato da Empresa / /	
65-Data, local e Contato da Empresa / /	
66-Data, local e Contato da Empresa / /	
67-Data, local e Contato da Empresa / /	
68-Data, local e Contato da Empresa / /	
69-Data, local e Contato da Empresa / /	
70-Data, local e Contato da Empresa / /	
71-Data, local e Contato da Empresa / /	
72-Data, local e Contato da Empresa / /	
73-Data, local e Contato da Empresa / /	
74-Data, local e Contato da Empresa / /	
75-Data, local e Contato da Empresa / /	
76-Data, local e Contato da Empresa / /	
77-Data, local e Contato da Empresa / /	
78-Data, local e Contato da Empresa / /	
79-Data, local e Contato da Empresa / /	
80-Data, local e Contato da Empresa / /	
81-Data, local e Contato da Empresa / /	
82-Data, local e Contato da Empresa / /	
83-Data, local e Contato da Empresa / /	
84-Data, local e Contato da Empresa / /	
85-Data, local e Contato da Empresa / /	
86-Data, local e Contato da Empresa / /	
87-Data, local e Contato da Empresa / /	
88-Data, local e Contato da Empresa / /	
89-Data, local e Contato da Empresa / /	
90-Data, local e Contato da Empresa / /	
91-Data, local e Contato da Empresa / /	
92-Data, local e Contato da Empresa / /	
93-Data, local e Contato da Empresa / /	
94-Data, local e Contato da Empresa / /	
95-Data, local e Contato da Empresa / /	
96-Data, local e Contato da Empresa / /	
97-Data, local e Contato da Empresa / /	
98-Data, local e Contato da Empresa / /	
99-Data, local e Contato da Empresa / /	
100-Data, local e Contato da Empresa / /	

ODONTOLIFE
CNPJ: 14.062.419/0001-25
RJ 3494
Insc. Estadual: 0521156-9