



Requisição para VIDE SORRI

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



526591
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2014	4-Data de Autorização 12/02/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8495306	7-Data Validade da Senha 18/10/17
8-Plano POS REDE PRESTADORA					
9-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
10-Telefone ()					
11-Data Validade da Carteira 11/11/11					
12-Número do Contrato Nacional de Saúde					
13-Nome IZAURA ALINE BRAZ LIRA					
14-Telefone ()					
15-Nome do titular do plano IZAURA ALINE BRAZ LIRA					

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		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11411218541729		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-Valor 025 - Faturar Empresa	
--------------------------	--	---	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------	--	---	--	--	--	---------------------------	--	-------------	--	----------------	--	--	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------	--	-----------------------------------	--

30-Tabella	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	018110000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	1	12/02/14	12/02/14
2-0	01840001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	1	12/02/14	12/02/14
3-0	01840001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	1	12/02/14	12/02/14
4-0	01840001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	1	12/02/14	12/02/14
5-0	01840001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	1	12/02/14	12/02/14
6-0											
7-0											
8-0											
9-0											
10-0											
11-0											
12-0											
13-0											
14-0											
15-0											

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/10/14	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 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 12/02/14, RJ, Karinne R. Alves Lima	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/02/14, RJ, Karinne R. Alves Lima	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 12/02/14, RJ, Izaura Aline Braz Lira	53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/02/14, RJ, DENTAL UNI COOPERATIVA
---------------	--	--	---	--