



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



390541
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406644	3-Data de Emissão da Guia 06/11/2012	4-Data de Autorização 06/11/2012	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50197123	7-Data Validade da Santa 04/01/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01037994064499917	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALIVIDA CONSULTO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707601271146599
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome JULIANA SIQUEIRA BERNIER	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCAS DO NASCIMENTO DINIS DA S
-------------------------------------	----------------------	---

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-UF RJ	20-Código CBO S 801 - 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 CRO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Ábela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aui	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	1000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			08/12/2012		
2-00	10000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			08/12/2012		
3-00	10000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			08/12/2012		
4-00	10000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			08/12/2012		
5-00	10000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			08/12/2012		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	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 Contratado Beneficiário / / Cirurgião - Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/2012 CRO-RJ 49.467	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / Karinne R. Alves Lima Cirurgiã-Dentista CRO-RJ 49.467	53-Data, local e Caminho da Empresa / / OPORTO MOUTINHO S.S. 000017394 CNPJ: 14.028.419/0001-25 EFAO 11003394 EFAO 05211544 LISC: 11111111
---	--	---	--