

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

392235
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/11 10/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50197833	7-Data Validade da Senha 10/06/10 11/12/11
--------------------------	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa UNNI CLUB DE		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número de Cartão Nacional de Saúde 706503390067697
8-Número da Carteira 10037100000237901183		13-Plano POS REDE PRESTADORA		15-Nome do titular do plano MARIO AUGUSTO CONSTANT DE LIMA	
13-Nome BRUNO CARNEIRO LEAO BETTAMIO		14-Telefone () - - - - -			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 8132		19-UF RJ	20-Código CBO S
16-Atendimento a RN MARILENE MOREIRA CUNHA		23-Número no CRO 8132		24-UF RJ	25-Código CNES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45760381768		22-Nome do Contratado Executante MARILENE MOREIRA CUNHA		26-UF RJ	27-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante MARILENE MOREIRA CUNHA		27-Número no CRO 8132		28-UF RJ	29-Código CBO S

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 de Glosa	42-Assinatura		
1	010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	11/08/11	2021			
2	010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	11/08/11	2021			
3	010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	11/08/11	2021			
4	010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	11/08/11	2021			
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Tipo de Faturamento		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$				
11/11/11		1		1		1		1		1		1		

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 de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	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), foram realizados 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 10/08/11 P. 11/12/10 Paulene J. Cunha	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/11 P. 11/12/10 Dr. Marlene Moreira Cunha	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/11 P. 11/12/10 Mario Augusto Constant de Lima	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	---	--	---

ORTODONTIA E ODONTOPEDIATRIA
CRO/RJ 8132