

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



307198
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/04 11/20	4-Data de Autorização 12/01/04 11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50161478	7-Data Validade da Senha 11/01/07 11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 1003799940161305681501	9-Plano POS REDE PRESTADORA				
13-Nome ALICE SILVA DE CAMPOS DOS SANT	15-Data Validade da Carteira 11/01/07 11/20				
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706407198209785					

11-Data Validade da Carteira 11/01/07 11/20		14-Telefone () 11 11 11 11 11 11		15-Nome do titular do plano ANA LUIZA SILVA DE CAMPOS DOS	
10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		18-Número no CRO 37184		20-Código CBO S 801 -	
19-UF RJ		24-UF RJ		25-Código CNES Faturar Empresa	
23-Número no CRO 37184		27-Número no CRO 37184		28-UF RJ	
26-Nome do Profissional Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA		29-Código CBO S			

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
1-0001830010089	EXODONTIA SIMPLES DE	71	1	1	1	73,00	0,00	0,00		12/01/04	12/01/04
2-0001830010089	EXODONTIA SIMPLES DE	81	1	1	1	73,00	0,00	0,00		12/01/04	12/01/04
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/10/12	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	49-Valor Total R\$ 0,00	50-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	51-Valor Total 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 e referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
20/10/12, 20/10/12, 20/10/12

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/12, 20/10/12, 20/10/12

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/12, 20/10/12, 20/10/12

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/12, 20/10/12, 20/10/12