



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



404565
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/6/11/01/210	4-Data de Autorização 12/6/11/01/210	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50201523	7-Data Validade da Senha 12/4/11/01/1211
--------------------------	---	---	-----------------------	--	---

8-Número da Carteira 101037101010021512944815	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome HELIO GAUTAMA ARAGÃO BARBOSA DE OLIVEIRA	30/06/1991	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano HELIO GAUTAMA ARAGÃO BARBOSA DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BERNARDO CAMPOS MACHADO	18-Número no CRO 37194	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11161291026719	22-Nome do Contratado Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO	23-Número no CRO 37194	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO	27-Número no CRO 37194	28-UF RJ	29-Código CBO S	(1) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor							
1-010	8511002200	RESTAURAÇÃO RESINA	26 MO	1	1	13,00	0,00					11/10/2011		
2-010	8511002200	RESTAURAÇÃO RESINA	35 DO	1	1	3,00	0,00					11/10/2011		
3-010	8511002200	RESTAURAÇÃO RESINA	46 MO	1	1	3,00	0,00					11/10/2011		
4-1														
5-1														
6-1														
7-1														
8-1														
9-1														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 339,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/10/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	--	---