



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/11 11/2 01	4-Data de Autorização 06/11/11 11/2 01	5-Sinoma AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50204239	7-Cota Valorada da Sessão 04/10/12/1/211	413146 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 000137000000231339113	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705004273381252	

13-Nome MARCIA DAS NEVES DE ARAUJO FEI		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano MARCIA DAS NEVES DE ARAUJO FEI	
---	--	------------------------------	--	---	--

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante THAMAIRES RODRIGUES LAGRIMANTE		18-Número no CRO 49529		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 116051577750		22-Nome do Contratado Executante THAMAIRES RODRIGUES LAGRIMANTE		23-Número no CRO 49529		24-UF RJ		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante THAMAIRES RODRIGUES LAGRIMANTE				27-Número no CRO 49529		28-UF RJ		29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes/Região	34-Faixa	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura				
1-0001810000006151		CONSULTA ODONTOLÓGICA					1	34,00	0,00	0,00		06/11/2011					
2-0001840000001918		PROFILAXIA: POLIMENTO			HASD		1	35,00	0,00	0,00		06/11/2011					
3-0001840000001918		PROFILAXIA: POLIMENTO			HASE		1	35,00	0,00	0,00		06/11/2011					
4-0001840000001918		PROFILAXIA: POLIMENTO			HAIE		1	35,00	0,00	0,00		06/11/2011					
5-0001840000001918		PROFILAXIA: POLIMENTO			HAID		1	35,00	0,00	0,00		06/11/2011					
6-0001840000001918																	
7-0001840000001918																	
8-0001840000001918																	
9-0001840000001918																	
10-0001840000001918																	
11-0001840000001918																	
12-0001840000001918																	
13-0001840000001918																	
14-0001840000001918																	
15-0001840000001918																	
43-Data Prescrição / Tempo do Tratamento 06/11/11										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 174,00		46-Total Franquia / Co-participação RS 0,00		47-Valor Total RS 174,00	

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.

48-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Contratado Executante 06/11/11, Thamires Lagrimante Cirurgiã - Dentista CRO RJ - 49259		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/11, Marcia das Neves de Araujo Fei Cirurgiã - Dentista CRO RJ - 49259		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/11, Marcia das Neves de Araujo Fei Cirurgiã - Dentista CRO RJ - 49259		53-Data, local e Cartão da Empresa 06/11/11, 349/0001-25		54-Data, local e Assinatura da Empresa 06/11/11, 349/0001-25	
--	--	--	--	--	--	---	--	---	--