

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

335520
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/17/10 17/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50174953	7-Data Validade da Senha 10/15/11 10/12/10
--------------------------	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10031719994062380866	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 702806673928267
13-Nome BETINA LYRA DO NASCIMENTO	08/02/2016	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano LENARA LYRA FERNANDES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARILENE MOREIRA CUNHA	18-Número no CRO 8132	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14517603811768	22-Nome do Contratado Executante MARILENE MOREIRA CUNHA	23-Número no CRO 8132	24-UF RJ	25-Código CINES
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 da Glosa 42-Assinatura
1-10	1811000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00		10/17/10 17/12/10	ff
2-10	18110000421	RX PERIAPICAL			1	14,00	0,00	0,00		10/17/10 17/12/10	ff
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11/11/11	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 1148,00	47-Valor Total R\$ 1148,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1148,00
--	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

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(foram) 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 10/17/10 17/12/10 Marlene Moreira Cunha	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/17/10 17/12/10 Marlene Moreira Cunha	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 10/17/10 17/12/10 Lenara Lyra Fernandes	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------

ORTODONTIA E ODONTOPEDIATRIA
CRO/RJ 8132