



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº

369467
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
02/11/2012

16-Número da Guia Principal
50189097

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
03/10/191201

3-Data de Emissão da Guia
03/10/191201

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0307000000001422233601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNNI CLUB DE	11-Data Validade da Carteira 01/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004633763719
--	--------------------------------	----------------------------	--	--

13-Nome MARIA LUIZA GRACELI	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JOAO LUIZ GRACELI
--------------------------------	------------------------------	--

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 1457603817168	22-Nome do Contratado Executante MARILENE MOREIRA CUNHA	23-Número no CRO 8132	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	--------------------------	-------------	----------------

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
1-000840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	01/11/12	03/10/19	2012
2-000840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	01/11/12	03/10/19	2012
3-000840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	35,00	0,00	0,00	01/11/12	03/10/19	2012
4-000840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	01/11/12	03/10/19	2012
5-000810000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	1	34,00	0,00	0,00	01/11/12	03/10/19	2012
6-000000000000											
7-000000000000											
8-000000000000											
9-000000000000											
10-000000000000											
11-000000000000											
12-000000000000											
13-000000000000											
14-000000000000											
15-000000000000											

43-Data Prevista Término do Tratamento 01/11/11	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 174,00	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), 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/10/19 João Paulo de Cunha	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/19 Dra. Marilene Moreira Cunha	52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável 03/10/19 João Luiz Graceli	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------