



Franchising para mais saúde

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-4º

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/08 12:00	4-Data de Autorização 11/11/11 12:00	5-Senha ABERTO	6-Número da Guia Principal 358031	7-Data Validade da Guia 11/11/11 12:00	358031 INTERCAMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00370000013786400	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 700409700575250	13-Nome LEONARDO MARTINS BANDEIRA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
14-Atendimento a RN N	15-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ALVARENGA DE REZENDE	16-Número no CRO 35792	17-UF RJ	18-Código CBO S 801 -	19-Data Validade da Carteira 11/11/11	
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF 007998261979	21-Nome do Contratado Executante FERNANDA ALVARENGA DE REZENDE	22-Número no CRO 35792	23-UF RJ	24-Código CNES RJ	25-Nome do titular do plano LEONARDO MARTINS BANDEIRA	
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ALVARENGA DE REZENDE	27-Número no CRO 35792	28-UF RJ	29-Código CBO S	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 Classificação		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
1-0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA					
2-1						
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 Previsão Término do Tratamento 11/11/11						
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						
46-Total Quantidade US 3400						
47-Valor Total R\$ 0000						
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000						
Dedarei, 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 arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 Cuiabá/Operadora Solicitante 11/11/08 12:00 Cuiabá/Operadora Solicitante CRO - RJ 35792						
51-Data, local e Assinatura do Cuiabá/Operadora Responsável 11/11/08 12:00 Cuiabá/Operadora Responsável CRO - RJ 35792						
52-Data, local e Assinatura do Balneário / Responsável 11/11/08 12:00 Balneário / Responsável CRO - RJ 35792						
53-Data, local e Assinatura do Balneário / Responsável 11/11/08 12:00 Balneário / Responsável CRO - RJ 35792						