



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

392778
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/11 01/12/01	4-Data de Autorização 10/08/11 01/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50197980	7-Data Validade da Senha 10/06/10 11/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 101031719 99406592192901	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 709209257008831					

13-Nome ROBERTA GARCIA DE SOUZA		14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano ROBERTA GARCIA DE SOUZA	
------------------------------------	--	--------------------	--	--	--

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA		18-Número no CRO 49467		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -	
--------------------------	--	---	--	---------------------------	--	-------------	--	--------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11412854117129		22-Nome do Contratado Executante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA		23-Número no CRO 49467		24-UF RJ		25-Código CNES	
---	--	--	--	---------------------------	--	-------------	--	----------------	--

26-Nome do Profissional Executante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA		27-Número no CRO 49467		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 RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00		0,00		13/10/2011	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/12/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 73,00	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 Contratado-Operadora 13/12/11 Karinne R. Alves Lima	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/12/11 Roberto Garcia de Souza	52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/12/11 Karinne R. Alves Lima	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 13/12/11 Karinne R. Alves Lima
---	---	--	--

INSC. MUNICIPAL 0521154-9
CNPJ: 14.092.019/0001-25
EPAO: RJ 3494