



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2x1



313960
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 11/08/2015 12:01	4-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50163396	7-Dia Validade da Guia 11/08/2015 12:01
--------------------------	--	-----------------------	--	--

313960
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 010379994063267354	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Dia Validade da Carteira 11/08/2015 12:01	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700004749570804
--	--------------------------------	---	---	--

13-Nome ANA MARA DE CERQUEIRA MOREIRA	14-Telefone () () () () () ()	15-Nome do titular do plano ANA MARA DE CERQUEIRA MOREIRA
--	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ALVARENGA DE REZENDE	18-Número no CRO 35792	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora (CNO) - CPF 0101799826979	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ALVARENGA DE REZENDE	23-Número no CRO 35792	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
---	---	---------------------------	-------------	-----------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Demonstração	34-Eixo	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Causa	42-Motivo
1-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36100	01010	18112520	18112520	1	18112520	1	18112520
2-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36100	01010	18112520	18112520	1	18112520	1	18112520
3-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36100	01010	18112520	18112520	1	18112520	1	18112520
4-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36100	01010	18112520	18112520	1	18112520	1	18112520
5-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
6-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
7-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
8-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
9-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
10-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
11-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
12-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
13-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
14-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
15-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											

43-Dia Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchisa/Co-participação R\$
11/08/2015	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	14400	01010	01010

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente a seguir com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinados, foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória, autorizo e 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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/08/2015	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/2015	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 18/08/2015	53-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/2015	54-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/2015
--	--	--	--	--

OK