



Insuficiência para recô 3201

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



307212
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/04 12/01/04 12/01/04	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50161480	7-Data Validade da Senha 19/01/07 12/01/07
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 00037000000016648776	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 704608134791923
13-Nome GREICE PAULA LOURENCO DO NASCI				
14-Telefone (1111) 1111-1111				
15-Nome do titular do plano WALMIR DO NASCIMENTO				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO CARVALHO DA SILVA	18-Número no CRO 27455	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 107115102143703111	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA	23-Número no CRO 27455	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA	27-Número no CRO 27455	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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
30-T Abela	31-Código do Procedimento	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	20/01/04	X
1-00081000065		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	20/01/04	X
2-00083000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	20/01/04	X
3-00083000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	20/01/04	X
4-00083000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	20/01/04	X
5-00083000047											
6-00083000047											
7-00083000047											
8-00083000047											
9-00083000047											
10-00083000047											
11-00083000047											
12-00083000047											
13-00083000047											
14-00083000047											
15-00083000047											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 2-2 3-3 4-4 5-5 6-6 7-7 8-8 9-9 10-10 11-11 12-12 13-13 14-14 15-15	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	---	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

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), 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 Contratado Dentista Solicitante 20/01/04 11/20	51-Data, local e Assinatura do Profissional Pontado 20/01/04 11/20	52-Data, local e Assinatura do Remediário / Responsável 20/01/04 11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---------------	--	---	---	---