

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/10/2013	4-Data de Autorização 31/10/2013	5-Será Autorizado	6-Número da Guia Principal 50188229	7-Data Validada da Seria 12/11/2013	367382 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00370000013930365	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validada da Carteira 11/11/13	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705003603913456		
13-Nome AMI PEDRO JORGE DOS SANTOS ALV						
14-Telefone () - - - - -						
15-Nome do titular do plano AMI PEDRO JORGE DOS SANTOS ALV						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LINE UP	18-Número no CRO 26898	19-UF RJ	20-Código CBO S 02	801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09781456741	22-Nome do Contratado Executante ALEX TORTURELLA VIDA	23-Número no CRO 26898	24-UF RJ	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante ALEX TORTURELLA VIDA	27-Número no CRO 26898	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
1-0018100030		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00
2-						
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
43-Data Previsto Término do Tratamento 02/09/2013						
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 34,00						
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.						
49-Observação						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/09/2013						
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 02/09/2013						
52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 02/09/2013						
53-Data, local e Assinatura da Empresa 02/09/2013						
54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
55-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
56-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
57-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
58-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
59-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
60-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
61-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
62-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
63-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
64-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
65-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
66-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
67-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
68-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
69-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
70-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
71-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
72-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
73-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
74-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
75-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
76-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
77-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
78-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
79-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
80-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
81-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
82-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
83-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
84-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
85-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
86-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
87-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
88-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
89-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
90-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
91-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
92-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
93-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
94-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
95-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
96-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
97-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
98-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
99-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						
100-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/09/2013						

Dr. Alex Torturella Vidal
Cirurgião Buco Maxilo Facial
CRO-RJ 26898