



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

382802
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/09/2012	4-Data de Autorização 25/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50194206	7-Data Validade da Senha 23/11/2012
Dados do Beneficiário			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 00379994065447503			12-Número do Cartão Nacional de Saúde 980016284423751		
13-Nome FERNANDO CASIMIRO BELINI DE SO			14-Telefone () -		
15-Data de Nascimento 02/04/1980			16-Nome do titular do plano FERNANDO CASIMIRO BELINI DE SO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			18-Número no CRO 43192	19-UF RJ	20-Código CBO S
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA ANDRADE DE SOUZA		23-Número no CRO 43192	24-UF RJ	25-Código CNES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15375816784		22-Nome do Contratado Executante MAYARA ANDRADE DE SOUZA		27-Número no CRO 43192	28-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante MAYARA ANDRADE DE SOUZA		29-Código CBO S		801 - Faturar Empresa	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsão Término do Tratamento / /			44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial			46-Total Quantidade US 144,00		
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(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 Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/2012		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2012		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2012	
53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/10/2012		Dr. Mayara Andrade de Souza Cirurgiã Dentista CRO - RJ 43192			