

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

24x



407256
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/8/11 10/12/01		4-Data de Autorização 12/8/11 10/12/01		5-Semeta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50202311		7-Data Válida da Semeta 12/6/10 11/12/11	
8-Número da Carteira 0103799940654870912		9-Prato POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA		11-Data Válida da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704507337317918			
13-Nome ROBSON PEREIRA DOS SANTOS		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano ROBSON PEREIRA DOS SANTOS							
16-Endereço e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA		18-Número no CRO 31802		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -		21-Data de Realização Faturar Empresa	
21-Código de Operador / CNPJ / CPF 18124361274720		22-Número do Contrato de Execução DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA		23-Número no CRO 31802		24-UF RJ		25-Código CNES 25-Código CBO S			
26-Nome do Profissional Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA		27-Número no CRO 31802		28-UF RJ		29-Código CBO S					

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Medidor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
5-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
6-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
7-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
8-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
9-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
10-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
11-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
12-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
13-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
14-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
15-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totais 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1144,00	47-Valor Total R\$ 1144,00	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 obrigações 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.

Assinatura do Contratado: *[Assinatura]*

Assinatura do Profissional: *[Assinatura]*

Assinatura da Empresa: *[Assinatura]*