

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



388225
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/12/11 10/12/11		4-Data de Autorização 10/12/11 10/12/11		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50196508		7-Data Validade da Senha 31/1/12 1/12/12	
8-Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 10103171000023582645				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A			
11-Data Validade da Carteira 10/12/11 10/12/11				12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702404026954223				13-Nome HOSANA CRISTINA CABRAL DE SOUZ			
14-Telefone ()				15-Nome do titular do plano HOSANA CRISTINA CABRAL DE SOUZ				16-Número no CRO 31345			
17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA				18-Número no CRO 31345				19-UF RJ			
20-Código CSO S 801 -				21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1015417163118712				22-Nome do Contratado Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA			
23-Número no CRO 31345				24-UF RJ				25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200140-24			
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA				27-Número no CRO 31345				28-UF RJ			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabella		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-0001811000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3400		000		39-Aut	
2-0001852000140		TRATAMENTO ENDODONTICO		24		3330		000		40-Data de Realização	
3-0001852000140		TRATAMENTO ENDODONTICO		24		3330		000		41-Motivo da Glosa	
4-0001852000140		TRATAMENTO ENDODONTICO		24		3330		000		42-Assinatura	
5-0001852000140		TRATAMENTO ENDODONTICO		24		3330		000		43-Data Previsão	
6-0001852000140		TRATAMENTO ENDODONTICO		24		3330		000		44-Tipo de Atendimento	
7-0001852000140		TRATAMENTO ENDODONTICO		24		3330		000		45-Tipo de Faturamento	
8-0001852000140		TRATAMENTO ENDODONTICO		24		3330		000		46-Total Quantidade US	
9-0001852000140		TRATAMENTO ENDODONTICO		24		3330		000		47-Valor Total R\$	
10-0001852000140		TRATAMENTO ENDODONTICO		24		3330		000		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
11-0001852000140		TRATAMENTO ENDODONTICO		24		3330		000		49-Observação	
12-0001852000140		TRATAMENTO ENDODONTICO		24		3330		000		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
13-0001852000140		TRATAMENTO ENDODONTICO		24		3330		000		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
14-0001852000140		TRATAMENTO ENDODONTICO		24		3330		000		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
15-0001852000140		TRATAMENTO ENDODONTICO		24		3330		000		53-Data, local e Assinatura da Empresa	

Assinatura G. M. Ferreira
Cirurgião Dentista
R. P. 31345

Assinatura G. M. Ferreira
Cirurgião Dentista
R. P. 31345

Assinatura G. M. Ferreira
Cirurgião Dentista
R. P. 31345

Assinatura G. M. Ferreira
Cirurgião Dentista
R. P. 31345

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.