

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



376378
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/10 09:12:00	4-Data de Autorização 11/06/10 09:12:00	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50191770	7-Data Validade da Senha 11/05/11 12:00
--------------------------	--	--	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		12-Número do Contrato Nacional de Saúde 898004608795963	
8-Número da Carteira 000379994061131978		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		13-Data Validade do Plano 11/04/2010	
13-Nome PEDRO PELLIZZARO XIMENES CENTU		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do Titular do plano PEDRO PELLIZZARO XIMENES CENTU	

Dados de Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 8132		19-UF RJ	
16-Atendimento a RN N		20-Código CBO S 801 -		Faturar Empresa	
17-Nome do Profissional Solicitante MARILENE MOREIRA CUNHA		23-Número no CRO 8132		24-UF RJ	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 145760381768		25-Código CNES 8132		26-UF RJ	
26-Nome do Profissional Executante MARILENE MOREIRA CUNHA		27-Número no CRO 8132		28-UF RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data
30-Tabella	31-Código do Procedimento									32-Descrição							
1-00081000030										CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3400	0,00		S	
2-00084000090										APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR		1	7200	0,00		S	
3-1																	
4-1																	
5-1																	
6-1																	
7-1																	
8-1																	
9-1																	
10-1																	
11-1																	
12-1																	
13-1																	
14-1																	
15-1																	

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 11016000	47-Valor Total R\$ 0000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000
--	--	---	------------------------------------	----------------------------	---

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 11/06/10 09:12:00	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/10 09:12:00	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/10 09:12:00	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	--	---

Dra. Marilene Moreira Cunha
ORTODONTIA E ODONTOPEDIATRIA
CRO/RJ 8132