

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



305046
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/2012	4-Data de Autorização 02/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50160679	7-Data Validade da Senha 01/07/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037000029783952		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome GISELE GONCALVES GOMES		14-Telefone () -		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705002810097459	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante NIVALDO ZANELLI JUNIOR		18-Número no CRO 9761	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02015177876		22-Nome do Contratado Executante NIVALDO ZANELLI JUNIOR		23-Número no CRO 9761	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Executante NIVALDO ZANELLI JUNIOR		27-Número no CRO 9761		28-UF RJ	25-Código CNES (I) 81000421- (IF) 85200158-47

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			02/10/2012		Gisele G.
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMD		1	14,00	0,00			02/10/2012		Gisele G.
3-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	47		1	533,00	0,00			02/10/2012		Gisele G.
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 02/10/2012	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 581,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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			
---------------	--	--	--

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/10/2012 Nivaldo Zanelli Jr. Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/2012 Gisele G. Gomes	53-Data, local e Carimbo de Empresa
--	---	-------------------------------------