



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



Tratamento para Odontolife

368676
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 02/10/2012	3-Senha AUTORIZADO	4-Data de Autorização 02/10/2012	5-Endereço UNIMED RIO COOPERATIVA	6-Número da Guia Principal 50188816	7-Data Validade da Sessão 01/11/2012
8-Número da Carteira 00379994065437028				9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Data Validade da Carteira 01/11/2012	11-Número do Cartão Nacional da Saúde 898004627485974
12-Nome do Beneficiário CAROLINA SILVA REZENDE				13-Data 15/08/2002	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano CAROLINA SILVA REZENDE
16-Atendimento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante VERONICA BARBOSA DE AZEVEDO CRUZ	18-Número no CRO 21231	19-UF RJ
20-Código de Procedimento 009108217773				21-Nome do Contratado Executante VERONICA BARBOSA DE AZEVEDO CRUZ	22-UF RJ	23-Código CNES 21231
24-Nome do Profissional Executante VERONICA BARBOSA DE AZEVEDO CRUZ				25-Número no CRO 21231	26-UF RJ	27-Código CBO S 21231
28-Nome do Profissional Solicitante VERONICA BARBOSA DE AZEVEDO CRUZ				29-Número no CRO 21231	30-UF RJ	31-Código CBO S 21231
32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA				33-Dente/Região 34-Fraco	35-Qtd 1	36-Quantidade US 47,00
37-Valor 0,00				38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00	39-Aut S	40-Data de Realização 02/10/2012
41-Mostrar de Glosa 42-Aspiratura						
43-Data Previsto Término do Tratamento 01/11/2012				44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial
47-Valor Total R\$ 0,00				48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		

Declaro, que após ler e devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 02/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/2012	53-Data, local e Assinatura da Empresa 02/10/2012
---	---	---	--