

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/07/11 10:12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50197653	7-Data Validade da Senha 01/05/11 11:12:11
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 010370000000317811163	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A			
13-Nome MAURICIO ANTUNES CUNHA DA CRUZ	14-Telefone ()	15-Data Validade da Carteira / /	16-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde MAURICIO ANTUNES CUNHA DA CRUZ
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
17-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	18-Número no CRO 37184	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 66726247753	22-Nome do Contratado Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	23-Número no CRO 37184	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200140-14
26-Nome do Profissional Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	27-Número no CRO 37184	28-UF RJ	29-Código CBO S	

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
1-0	018110000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			21/10/2011	
2-0	01870000016	ATIVIDADE EDUCATIVA EM			1	59,00	0,00			21/10/2011	
3-0	018400000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			21/10/2011	
4-0	018400000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			21/10/2011	
5-0	018400000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			21/10/2011	
6-0	018400000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			21/10/2011	
7-0	018520000140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	14		1	33,00	0,00			21/10/2011	
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/10/2011	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 156,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 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 21/10/11 Dr. LUIS ALBERTO P. S. TABORDA	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/11 Dr. CIRURGIAO DENTISTA	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/11	53-Data, local e Assinatura da Empresa 21/10/11
--	--	---	--