

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



341132
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/2012	4-Data de Autorização 11/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50177279	7-Data Validade da Senha 15/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704108153963577	
13-Nome ROSANGELA SANTOS REIS				14-Telefone 25/01/1966		15-Nome do titular do plano ROSANGELA SANTOS REIS			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 32479		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARCELO BARBOSA GARCIA		23-Número no CRO 32479		24-UF RJ	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02553974701		22-Nome do Contratado Executante MARCELO BARBOSA GARCIA		25-Código CNES (IF) 85200166-11 (I) 81000421-		26-Nome do Profissional Executante MARCELO BARBOSA GARCIA	
		27-Número no CRO 32479		28-UF RJ		29-Código CBO S (I) 81000421-RIS	

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	30/07/20		
2	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	11		1	258,00	0,00		S	30/07/20		
3	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	22		1	258,00	0,00		S	30/07/20		
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	30/07/20		
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00		S	30/07/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 578,00	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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/07/2012 Marcelo Barbosa Garcia Cirurgião Dentista CRO RJ 32479	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 30/07/2012 Rosângela S. Reis Cirurgião Dentista CRO RJ 32479	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	--