



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 393321	3-Data de Emissão da Guia 11/4/11 01/210	4-Data de Autorização 11/4/11 01/210	5-Sentença AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 50199050	7-Data Validade da Sentença 11/2/11 01/11/211
--------------------------	---	---	--------------------------	--	--

8-Número da Carteira 1010379994059622021	9-Plano UNIMED DENTAL	10-Empresa UNICRED CENTRAL RJ MT -	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702805634117562
---	--------------------------	---------------------------------------	--	--

13-Nome MARCELO ROTONDO DO NASCIMENTO	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANA CLAUDIA DE LIMA ROTONDO
--	------------------------------	--

Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOBARRA CENTRO ODONTOLÓGICO LTDA ME	18-Número no CRO 5092	19-UF RJ	20-Código CBO S
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1210673193140515	22-Nome do Contratado Executante ODONTOBARRA CENTRO ODONTOLÓGICO LTDA	23-Número no CRO 5092	24-UF RJ	25-Código CNES 99999999
---	--	--------------------------	-------------	----------------------------

26-Nome do Profissional Executante ODONTOBARRA CENTRO ODONTOLÓGICO LTDA ME	27-Número no CRO 5092	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Replido	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-9	418100057	CONSULTA ODONTOLÓGICA	42	1	7	4,00	0,00			11/4/11 01/210		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-1-º de Atendimento 11	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 74,00	47-Total Franquia Co-participação RS 10,00	48-Total Franquia Co-participação RS
--	-----------------------------	---	---------------------------------	---	--------------------------------------

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 pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este 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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/11
---	---	---	--