

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012 4-Data de Autorização 12/10/2012 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50162924 7-Data Validade da Semna 10/10/2012

8-Data de Beneficiário

INTERCAMBIO 312354

9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Guia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700004749570804

13-Nome ANA MARA DE CERQUEIRA MOREIRA 14-Telefone 08/011964 15-Nome do titular do plano ANA MARA DE CERQUEIRA MOREIRA

16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ALVARENGA DE REZENDE 18-Número no CRO 35792 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 000799826979 22-Nome do Contratado Exocutante FERNANDA ALVARENGA DE REZENDE 23-Número no CRO 35792 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Exocutante FERNANDA ALVARENGA DE REZENDE 27-Número no CRO 35792 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-00	81000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3400	0,00	0,00	51205120				
2-00	85400467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO	37	1	800	0,00	0,00	51205120				
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	42100	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 12/10/2012 51-Data local e Assinatura do Cirurgião Dentista 12/10/2012 52-Data local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/10/2012 53-Data local e Cópia da Empresa 12/10/2012

CNO - 35792