



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

Tratado para você sorrir

345127
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/14/10 17/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50178785	7-Data Validade da Senha 12/12/10 10/12/10
--------------------------	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 101031799940616392201	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A
11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706803221811728
13-Nome SARA VITORIA COSTA DE SOUZA	
14-Telefone (11) 11111111	
15-Nome do titular do plano SARA VITORIA COSTA DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0171061976784	22-Nome do Contratado Executante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS
26-Nome do Profissional Executante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
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
1-00181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00				24/10/20	24/10/20
2-00184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00				24/10/20	24/10/20
3-00184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00				24/10/20	24/10/20
4-00184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00				24/10/20	24/10/20
5-00184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00				24/10/20	24/10/20
6-11111111111											
7-11111111111											
8-11111111111											
9-11111111111											
10-11111111111											
11-11111111111											
12-11111111111											
13-11111111111											
14-11111111111											
15-11111111111											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	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), 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 24/10/2010 Cirurgia - 2638		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/2010 Cirurgia - 2638		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2010	
---	--	---	--	---	--

53-Data, local e Carimbo da Empresa
Insc: Municipalidade de Curitiba