

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª



401671
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/11 01/12/11	4-Data de Autorização 12/12/11 01/12/11	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50200787	7-Data Validade da Sanha 12/10/10 11/12/11
--------------------------	--	--	--------------------------	--	---

8-Número da Carteira 001031700000003178116311			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--	--------------------------------	---	---	---------------------------------------

13-Nome MAURICIO ANTUNES CUNHA DA CRUZ			14-Telefone (11) 11111111			15-Nome do titular do plano MAURICIO ANTUNES CUNHA DA CRUZ
---	--	--	------------------------------	--	--	---

16-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 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--	--	--	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 161672624775311			22-Nome do Contratado Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA			23-Número no CRO 37184	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100226
--	--	--	---	--	--	---------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA			27-Número no CRO 37184			28-UF RJ	29-Código CBO S
---	--	--	---------------------------	--	--	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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 de Glosa 42-Assinatura
1-001851002126		RESTAURAÇÃO RESINA	14	PODV	1	1122100	0,00	0,00		28/10/10	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/01/12	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1122100	47-Valor Total R\$ 1122100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1122100
--	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

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 28/10/10 RJ LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/10 RJ LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/10 RJ MAURICIO ANTUNES CUNHA DA CRUZ	53-Data, local e Carimbo de Empresa 28/10/10 RJ
--	--	---	--