

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



412537
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/05/11 11/20	4-Dia de Autorização 10/05/11 11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50204099	7-Dia Validade da Senha 10/03/10 12/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/03/75 342019189006	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700900925816090
---	--------------------------------	---	---	--

13-Nome ALZIRA FERNANDES	10/11/1969	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ALZIRA FERNANDES
-----------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BERNARDO CAMPOS MACHADO	18-Número no CRO 37194	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11629026719	22-Nome do Contratado Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO	23-Número no CRO 37194	24-UF RJ	25-Código CNES 801 - Enviar - RX (1) 85100200
--	---	---------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante
BERNARDO CAMPOS MACHADO

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-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	85100196										
		RESTAURAÇÃO RESINA	22	D	1	9,00	0,00			12/11/20		
2-0	0	85100200										
		RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	113,00	0,00			12/11/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico <input type="checkbox"/> 2-Exame Radiológico <input type="checkbox"/> 3-Ortodontia <input type="checkbox"/> 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total <input type="checkbox"/> 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1203,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,00
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	--	--	---