

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



368963  
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha  
10/11/2012

6-Número da Guia Principal  
50188922

5-Senha  
AUTORIZADO

4-Data de Autorização  
10/14/10/19/12/10

1-Registro ANS  
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira  
003753420191891006

11-Data Validade da Carteira  
11/11/11/11/11

15-Nome do titular do plano  
ALZIRA FERNANDES

10-Empresa  
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

14-Telefone  
(11) 1111111111

13-Nome  
ALZIRA FERNANDES

18-Número no CRO  
37194

19-UF  
RJ

20-Código CBO S  
801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
1116291026719

22-Nome do Contratado Executante  
BERNARDO CAMPOS MACHADO

25-Código CNES  
RJ

26-Nome do Profissional Executante  
BERNARDO CAMPOS MACHADO

27-Número no CRO  
37194

28-UF  
RJ

29-Código CBO S

30-Tabella  
31-Código do Procedimento  
1-008100065

32-Descrição  
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente/Região  
1

34-Face  
1

35-Qtd  
1

36-Quantidade US  
47,00

37-Valor  
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$  
0,00

39-Aut  
S

40-Data de Realização  
11/09/20

41-Motivo da Glosa  
42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento  
11/11/11/11

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  
47,00

47-Valor Total R\$  
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$  
0,00

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante  
11/11/11/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
11/11/09/11/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
11/11/09/11/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa  
11/11/11/11

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.