



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/2012	4-Data de Autorização 10/06/2012	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50150067	7-Data Validade da Seria 10/06/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	--	--

283596
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Nome da Carteira 0037700000017210936	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708503547692380
---	--------------------------------	---	--	--

13-Nome VITORIA CESPES ANTUNES	08/09/1994	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JOSE CALAZANS ANTUNES
-----------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTO CRISTAL DENTISTAS	18-Número no CRO 37362	19-U.F. RJ	20-Código CBO S 06	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0818136117145	22-Nome do Contratado Executante ANDRESSA LOURENCO PEREIRA DA COSTA SILVA	23-Número no CRO 37362	24-U.F. RJ	25-Código CNES 601 - Faturar Empresa	26-Nome do Profissional Executante ANDRESSA LOURENCO PEREIRA DA COSTA SILVA	27-Número no CRO 37362	28-U.F. RJ	29-Código CBO S
--------------------------	---	---------------------------	---------------	-----------------------	--	--	---------------------------	---------------	--	--	---------------------------	---------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denêfegão	34-Face	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	47,00	0,00	0,00	S	10/02/20		X
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	38,00	0,00	0,00	S	10/02/20		X
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	38,00	0,00	0,00	S	10/02/20		X
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD	1	1	38,00	0,00	0,00	S	10/02/20		X
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	38,00	0,00	0,00	S	10/02/20		X
6-00	85100019	RESTAURAÇÃO RESINA	V	1	1	90,00	0,00	0,00	S	10/02/20		X
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prescrição, Tratamento 10/02/2012	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 2819,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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 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 10/02/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/02/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/02/2012	53-Data, local e Assinatura do Campo de Empresa 10/02/2012
---	---	---	---

Clinica Odontológica Gama Cristal Ltda - M.F.
CNPJ: 18.119.798/0001-50
CRO da Clinica: EPAO 3851