

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



360961
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/08 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 50185696	7-Data Validade da Senha 11/01/11 12:01
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 100379940613133803	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 704803526868646
13-Nome JULIMAR DE FREITAS LIMA				
15-Nome do titular do plano JULIMAR DE FREITAS LIMA				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP	18-Número no CRO 20598	19-UF RJ	20-Código CBO E 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101160868743	22-Nome do Contratado Executante ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP	23-Número no CRO 20598	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP	27-Número no CRO 20598	28-UF RJ	29-Código CBO E	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados				
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa
1-01081100001301	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1
2-0108140001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1
3-0108140001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1
4-0108140001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1
5-0108140001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1
6-11111111111111				
7-11111111111111				
8-11111111111111				
9-11111111111111				
10-11111111111111				
11-11111111111111				
12-11111111111111				
13-11111111111111				
14-11111111111111				
15-11111111111111				
43-Data Previsto Término do Tratamento				
44-Tipo de Atendimento				
45-Tipo de Faturamento				
46-Total Quantidade US				
47-Valor Total R\$				
48-Total Franquia / Co-participação R\$				

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), fôlforam realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autórizo 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

CPF: 01160868743
ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP
CRO RJ 20598
12/10/12

CPF: 01160868743
ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP
CRO RJ 20598

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
22/09/2008 xy lima

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