

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



416838
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/11/2012		4-Data de Autorização 11/11/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50205376		7-Data Validade da Senha 09/02/2012	
Dados do Beneficiário						Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
8-Número da Carteira 00379994065972365						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome JACQUELINE ALENCAR PIMENTEL SA						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano JACQUELINE ALENCAR PIMENTEL SA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700009419601107	
16-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA		18-Número no CRO 39704		19-JF RJ	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12816546713						22-Nome do Contratado Executante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA		23-Número no CRO 39704		24-JF RJ	
26-Nome do Profissional Executante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA						27-Número no CRO 39704		28-JF RJ		25-Código CNES	
29-Código CBO S						30-JF RJ		31-Código CBO S		801 - Faturar Empresa	
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-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/11/2012	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/2012		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 34,00		47-Valor Total R\$ 0,00		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), 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 11/11/2012 Antonio Manuel Garcia da Rosa CRO/RJ-CD-39704			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2012 Antonio Manuel Garcia da Rosa CRO/RJ-CD-39704			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/11/2012 Jacqueline Alencar Pimentel SA			53-Data, local e Carimbo da Empresa / /		