

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

305266
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/10 4/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50160752	7-Data Validade da Senha 05/10/17/12/10
--------------------------	---	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 100317100000016584310111	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 707401038913673
13-Nome SERLY VELLOSO RAMOS DE JESUS		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano SERLY VELLOSO RAMOS DE JESUS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	18-Número no CRO 37184	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16171216124775311111	22-Nome do Contratado Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	23-Número no CRO 37184	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA		27-Número no CRO 37184	28-UF RJ	29-Código CBO S

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 RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0	05/04/20		
2-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0	05/04/20		
3-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0	05/04/20		
4-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0	05/04/20		
5-00181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	1	34,00	0,00	0,00	0	05/04/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Término do Tratamento 04/09/10	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1174,00	47-Valor Total R\$ 1174,00	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 e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no 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.

48-Observação

49-Data, Assinatura e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/04/20	50-Data, Assinatura e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 05/04/20	51-Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/04/20	52-Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/04/20	53-Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/04/20
--	--	--	--	--

Dr. Luis Alberto P.S. Taborda
CRO-RJ - 37184
Dr. Luis Alberto P.S. Taborda
CRO-RJ - 37184
Dr. Luis Alberto P.S. Taborda
CRO-RJ - 37184