



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

347089
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/10 07/12/10	4-Data de Autorização 12/08/10 07/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50179560	7-Data Validade da Senha 12/08/10 07/12/10
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 101037001000208647338	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706206536308564	
13-Nome AVANIRA LUIS DA SILVA ALDEIA					
14-Telefone (11) 11111111					
15-Nome do titular do plano AVANIRA LUIS DA SILVA ALDEIA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Adendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA	18-Número no CRO 31345	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10547163187112	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA	23-Número no CRO 31345	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (F) 85200166-25	
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA	27-Número no CRO 31345	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
1-0010851200116	1	TRATAMENTO ENDODONTICO	25	1	1
2-0010851200116	2				
3-0010851200116	3				
4-0010851200116	4				
5-0010851200116	5				
6-0010851200116	6				
7-0010851200116	7				
8-0010851200116	8				
9-0010851200116	9				
10-0010851200116	10				
11-0010851200116	11				
12-0010851200116	12				
13-0010851200116	13				
14-0010851200116	14				
15-0010851200116	15				
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11/11					
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 11258100					
47-Valor Total R\$ 11258100					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11258100					

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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/08/10 18/12/10 monique ferreira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/10 18/12/10 monique ferreira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/10 18/12/10 AVANIRA LUIS DA SILVA ALDEIA	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/08/10 18/12/10 AVANIRA LUIS DA SILVA ALDEIA
---	---	---	--

49-Observação