

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Z-Nº



Registro ANS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
10/06/11 01/210

4-Dia de Autorização
10/11/11 01/210

5-Serão
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50197322

7-Dia Validade da Serião
10/11/11 01/211

390535
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10031710000020016398

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11-Dia Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MARIA CRISTINA PENA

19/10/1974

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
MARIA CRISTINA PENA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
CLINICA ODONTO RADIOLOGICA COPA 500 LTDA

18-Número no CRO
15486

19-UF
RJ

20-Código CBO S
09

801 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10011410248706

22-Nome do Contratado Executante
KYRIA SPYRO SPYRIDES

23-Número no CRO
15486

24-UF
RJ

25-Código CNES
(I) 81000405

Enviar - RX
(I) 81000375-RPD
(I) 81000375-RPE

26-Nome do Profissional Executante
KYRIA SPYRO SPYRIDES

27-Número no CRO
15486

28-UF
RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-000811000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00	0,00					
2-000811000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-		1	1	14,00	0,00					
3-000811000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-		1	1	14,00	0,00					
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista 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\$							
11/11/11	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1106,00	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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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

Pedido anexado via solicitação do guia online no campo "incluir imagem"

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/11/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/08/11 10/1210 K.S.

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
08/11/11 01/210

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

Maria Cristina Pena