

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

384540
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
12/11/2012

9-Número da Guia Principal
50194873

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/08/09

3-Data de Emissão da Guia
12/08/09

1-Registro ANS
406414

8-Número da Carteira
00037000024098488

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
704004334434964

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

10-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

13-Nome
FELIPE DA COSTA MENEZES

15-Nome do titular do plano
FELIPE DA COSTA MENEZES

14-Telefone
(11) 11111111

15/09/1981

Dados do Contratado Responderável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE

18-Número no CRO
17808

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
72038632715

22-Nome do Contratado Executante
MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE

23-Número no CRO
17808

24-UF
RJ

25-Código CNES
17808

26-Nome do Profissional Executante
MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE

27-Número no CRO
17808

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 R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Assinatura
1-0	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	1	12/08/09	[Assinatura]
2-0	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	1	12/08/09	[Assinatura]
3-0	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	1	12/08/09	[Assinatura]
4-0	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	1	12/08/09	[Assinatura]
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término de Tratamento
11/11/11

44-Tipo de Atendimento
1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1- Total 2- Parcial

46-Total Quantidade US
140,00

47-Valor Total R\$
10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

Dedico, 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
12/08/09 [Assinatura]

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/08/09 [Assinatura]

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/08/09 [Assinatura]

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/08/09 [Assinatura]

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/08/09 [Assinatura]

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/08/09 [Assinatura]