



Interchangeable PPS and SPS

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



322353
INTERCAMBIO

1º Data de Emissão da Guia 406414	3º Data de Emissão da Guia 10/9/10 6/12/10	4º Data de Autorização 10/9/10 6/12/10	5ª Setor AUTORIZADO	6º Número da Guia Principal 50165649	7º Data Validade da Setor 10/7/10 9/12/10
--------------------------------------	---	---	------------------------	---	--

8º Nome do Paciente LEONARDO DOS SANTOS BORGE	9º Plano POS REDE PRESTADORA	10º Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11º Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12º Número do Cartão Nacional de Saúde 702403059839724
--	---------------------------------	--	--	---

13º Nome LEONARDO DOS SANTOS BORGE	29/01/1981	14º Telefone (11) 11111111	15º Nome do titular do plano LEONARDO DOS SANTOS BORGE
---------------------------------------	------------	-------------------------------	---

16º Atendimento a RN N	17º Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ALVARENGA DE REZENDE	18º Número no CRO 35792	19º UF RJ	20º Código CBO S 801 -
---------------------------	---	----------------------------	--------------	---------------------------

21º Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/07/9/9/8/2/6/9/7/9	22º Nome da Contratada Executante FERNANDA ALVARENGA DE REZENDE	23º Número no CRO 35792	24º UF RJ	25º Código CNES Faturar Empresa
---	--	----------------------------	--------------	------------------------------------

26º Nome do Profissional Executante FERNANDA ALVARENGA DE REZENDE	27º Número no CRO 35792	28º UF RJ	29º Código CBO S 801 -
--	----------------------------	--------------	---------------------------

Planos de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1 Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fatores	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- AUF	40- Data de Realização	41- Modelo da Guia	42- Assinatura
1.	010	8101000615			1	134,00	0,00	15151061120	15151061120	15151061120	15151061120	
2.	010	8153000471			1	136,00	0,00	15151061120	15151061120	15151061120	15151061120	
3.	010	8153000471			1	136,00	0,00	15151061120	15151061120	15151061120	15151061120	
4.	010	8153000471			1	136,00	0,00	15151061120	15151061120	15151061120	15151061120	
5.	010	8153000471			1	136,00	0,00	15151061120	15151061120	15151061120	15151061120	
6.	010	8153000471			1	136,00	0,00	15151061120	15151061120	15151061120	15151061120	
7.	010	8153000471			1	136,00	0,00	15151061120	15151061120	15151061120	15151061120	
8.	010	8153000471			1	136,00	0,00	15151061120	15151061120	15151061120	15151061120	
9.	010	8153000471			1	136,00	0,00	15151061120	15151061120	15151061120	15151061120	
10.	010	8153000471			1	136,00	0,00	15151061120	15151061120	15151061120	15151061120	
11.	010	8153000471			1	136,00	0,00	15151061120	15151061120	15151061120	15151061120	
12.	010	8153000471			1	136,00	0,00	15151061120	15151061120	15151061120	15151061120	
13.	010	8153000471			1	136,00	0,00	15151061120	15151061120	15151061120	15151061120	
14.	010	8153000471			1	136,00	0,00	15151061120	15151061120	15151061120	15151061120	
15.	010	8153000471			1	136,00	0,00	15151061120	15151061120	15151061120	15151061120	

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\$
	1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	1- Total 2- Parcial	1178,00	0,00	0,00

Declara, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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. Declara, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 Consultor/Dentista Solicitante 15/10/6/11/80

51- Data, Local e Assinatura do Próprio-Dentista 15/10/6/11/80

52- Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/6/11/80

53- Data, Local e Assinatura da Empresa 15/10/6/11/80
--

CRO - RJ 5732

CRO - RJ 5732