



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



386667  
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha  
29/11/2012

5-Número da Guia Principal  
50196004

5-Senha  
AUTORIZADO

4-Data de Autorização  
10/11/10

3-Data de Emissão da Guia  
13/10/09

1-Registro ANS  
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira

10-Empresa  
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

9-Plano  
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira  
100379994062003787

15-Nome do titular do plano  
FILLIPE DE SOUZA DA SILVA

14-Telefone  
(11) 1387-1388

13-Nome  
FILLIPE DE SOUZA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendimento a RN  
ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA

18-Número no CRO  
8683

19-UF  
RJ

20-Código CBO S  
801 -

Faturar Empresa  
Enviar - RX  
(IF) 85400556-15

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
751615126787

22-Nome do Contratado Executante  
ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA

23-Número no CRO  
8683

24-UF  
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante  
ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA

27-Número no CRO  
8683

28-UF  
RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

33-Dente/Região  
15

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41- Motivo da Glosa 42-Assinatura

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 Glosa 42-Assinatura
1-01085400556		RESTAURAÇÃO METÁLICA	15		1	472,00				09/10/2012	X
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento  
10/11/10

44-Tipo de Alendimento  
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  
472,00

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 obrigações 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  
10/11/2012 Angela C. Teixeira

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
10/11/2012 Angela C. Teixeira

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
10/11/2012 Felipe de Souza da Silva

53-Data, local e Carimbo da Empresa