



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/10 09/12/10	5-Sertha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50194951	7-Data Validade da Sertha 12/11/12/12/10	384704 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 101037001000001973447	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número de Cartão Nacional de Saúde 700001234934005	
13-Nome ROBERTO CLEMENT FIGUEIRA					
14-Telefone (11) 11111111					
15-Nome do titular do plano ROBERTO CLEMENT FIGUEIRA					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Adendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA	18-Número no CRO 8683	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1715611512617187	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						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		
1-000181101000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	314,00		01/10/10	11/20/11
2-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	316,00		01/10/10	11/20/11
3-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	316,00		01/10/10	11/20/11
4-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	316,00		01/10/10	11/20/11
5-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	316,00		01/10/10	11/20/11
6-0001853000047									
7-0001853000047									
8-0001853000047									
9-0001853000047									
10-0001853000047									
11-0001853000047									
12-0001853000047									
13-0001853000047									
14-0001853000047									
15-0001853000047									

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/09/10	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 1178,00	47-Valor Total R\$ 1178,00	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), 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 13/09/10, 10, Angela Maria Couto Vargas Tejeda	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/09/10, 10, Angela Maria Couto Vargas Tejeda	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/09/10, 10, Roberto Clement Figueira
---	---	---