

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 408414		3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012		4-Data de Autorização 12/10/2012		5-Semeta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50179009		7-Data Validade da Semeta 12/12/2012		345631 INTERCAMBIO	
8-Número da Carteira 003179994064968399		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701406838466231					
13-Nome SIMONE MARTINS GONCALVES		22/02/1967		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano SIMONE MARTINS GONCALVES							
16-Agendamento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante BRUNO NOGUEIRA DE SA DE SALLES		18-Número no CRO 35020		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -		Faturar Empresa Enviar - RX (f) 85100218 (f) 85100218			
21-Código na Operadora / CHU / CPF 09436231709		22-Nome do Contratado Executante BRUNO NOGUEIRA DE SA DE SALLES		23-Número no CRO 35020		24-UF RJ		25-Código CNES (f) 85100218 (f) 85100218					
26-Nome do Profissional Executante BRUNO NOGUEIRA DE SA DE SALLES		27-Número no CRO 35020		28-UF RJ		29-Código CBO S (f) 85100218 (f) 85100218							

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-F-cao	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Fat	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DOM	1	12,20	0,00	0,00	13,20	12/10/2012		96,0
2-010	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DOM	1	12,20	0,00	0,00	13,20	12/10/2012		96,0
3-010	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	45	DOM	1	12,20	0,00	0,00	13,20	12/10/2012		96,0
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Consultoria 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial	46-Total Quantidade US 36,60	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	---	---------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, 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 acata com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que (x) os procedimentos (s) acima, e por mim assinado(s), (x) 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-Observações

Dr. Bruno Salles
Cirurgião Dentista
CRO-RJ 35020