



Intercâmbio para você emitir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



345580
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2012	4-Data de Autorização 12/04/2012	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50178980	7-Data Validade da Sineta 12/12/2012
8-Número da Carteira 0307994064968399			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 12/12/2012
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70140638466231			13-Nome SIMONE MARTINS GONCALVES		
14-Telefone () - - - - -			15-Nome do titular do plano SIMONE MARTINS GONCALVES		
16-Atendimento a RN BRUNO NOGUEIRA DE SA DE SALLES					
17-Nome do Profissional Solicitante BRUNO NOGUEIRA DE SA DE SALLES					
18-Número no CRO 35020					
19-UF RJ					
20-Código CRO S 801 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09436231709					
22-Nome do Contratado Executante BRUNO NOGUEIRA DE SA DE SALLES					
23-Número no CRO 35020					
24-UF RJ					
25-Código CNES 26-Código CRO S					
28-Nome do Profissional Executante BRUNO NOGUEIRA DE SA DE SALLES					
29-Número no CRO 35020					
30-UF RJ					
31-Código CRO S					
32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA					
33-Dente/Região 1					
34-Face 1					
35-Cid 34					
36-Quantidade US 10					
37-Valor 10,00					
38-Franquia/Coparticipação R\$ 53,00					
39-Ata 53,00					
40-Data de Realização 12/04/2012					
41-Motivo da Gênia 42-Assinatura x					
43-Data Previsto Término do Tratamento 12/04/2012					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcela					
46-Total Quantidade US 34,00					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Total Franquia / Coparticipação R\$ 0,00					

Decisão, 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. Decido, ainda que (o) 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-Oficiante 12/04/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/04/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/04/2012
---	---	---	---

Dr. Bruno Salles
Cirurgião Dentista
CRO-RJ 35020