

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



329289

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012	4-Data de Autorização 12/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50172288	7-Data Validade da Senha 22/09/2012							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0037000029443280	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708605056652487								
13-Nome LEONOR MARI OLIVEIRA DUTRA		14-Telefone 29/12/1962	15-Nome do titular do plano LEONOR MARI OLIVEIRA DUTRA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELIANE LOPES GUIMARAES	18-Número no CRO 16546	19-UF RJ	20-Código CBO 8	801 Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 84357452791	22-Nome do Contratado Executante ELIANE LOPES GUIMARAES	23-Número no CRO 16546	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-							
26-Nome do Profissional Executante ELIANE LOPES GUIMARAES		27-Número no CRO 16546	28-UF RJ	29-Código CBO 8								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	24/06/2012		<i>[Assinatura]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 14,00		47-Valor Total R\$ 0,00		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 orientações 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 24/06/2012 <i>[Assinatura]</i>			51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 24/06/2012 <i>[Assinatura]</i>			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 24/06/2012 <i>[Assinatura]</i>			53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			