

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



393598
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/11 01/12/10 4-Data de Autorização 10/09/11 01/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50198191 7-Data Validade da Senha 10/07/11 01/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100379991406605117431 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número da Carteira Nacional de Saúde 703606024164436

13-Nome JUSSARA DE LIMA SANTOS 22/05/2000 14-Telefone (12) 9.6718-8754 15-Nome do titular do plano JUSSARA DE LIMA SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN DENTCLINIC 17-Nome do Profissional Solicitante 18-Número no CRO 29605 19-UF RJ 20-Código CBO S 03 801 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 127685610884 22-Nome do Contratado Executante CLARISSA DE SOUZA NETO 23-Número no CRO 29605 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante CLARISSA DE SOUZA NETO 27-Número no CRO 29605 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Item	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 Guisa	42-Assinatura
1	008100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			10/10/2010		
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 34,00 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 13/10/2010 Cláudio Netto 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/2010 Cláudio Netto 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/2010 Jussara de L.S. 53-Data, local e Assinatura da Empresa 13/10/2010

Dra. Cláudia Netto
Cirurgiã Dentista
CRO 29605

Assinatura do paciente