

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



353393

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 408414		3-Data de Emissão da Guia 10/07/10 8/12/10		4-Data de Autorização 10/07/10 8/12/10		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50182511		7-Data Validade da Sanha 10/05/11 11/12/10	
8-Endereço do Beneficiário											
8-Número da Carteira 10/03/79 9940621108597				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A			
13-Name ELAINE MARTINS DOS SANTOS				14-Teléfono 14/11/1986				15-Name do titular do plano ELAINE MARTINS DOS SANTOS			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Name do Profissional Solicitante BRUNO NOGUEIRA DE SA DE SALLES		18-Número no CRO 35020		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -		21-Data Validade da Carteira 10/05/11 11/12/10	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09436231709		22-Name do Contratado Executante BRUNO NOGUEIRA DE SA DE SALLES		23-Número no CRO 35020		24-UF RJ		25-Código CUES (i) 85100218		26-Data de Realização (i) 85100218	
28-Name do Profissional Executante BRUNO NOGUEIRA DE SA DE SALLES		29-Código CBO S 35020		30-UF RJ		31-Código CBO S (i) 85100218		32-Data de Realização (i) 85100218		33-Data de Realização (i) 85100218	
Plano de Tratamento / Especificações das Solicitações											
30-Tabola	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-C-quantidade US	37-Valor	38-Francia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1	01085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OPV	1	122,00	0,00	0,00		10/08/10	
2	01085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	QVP	1	122,00	0,00	0,00		10/08/10	
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Tratamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
		1-T-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Francia		1244,00		0,00			

Declaro, aqui, após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceitar e autorizar a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que este procedimento(s), descrito(s) acima, é (s) por mim assinado(s) (assinatura realizada) (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
10/08/10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/08/10

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/08/10

53-Data, local e Carimbo da Empresa
10/08/10

Dr. Bruno Santos
Cirurgião Dentista
CRO-RJ 35020