

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



OK
2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 1 8 / 1 1 / 2 0		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50207089		7-Data Válidade da Senha 1 6 / 0 2 / 2 1		421866 INTERCÂMBIO													
Dados do Beneficiário																							
8-Número da Carteira 0 0 3 7 9 9 4 0 6 1 9 5 0 6 1 8		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															
13-Nome ALIANQUE PESSANHA DE SOUZA DIA										14-Telefone () / /		15-Nome do titular do plano ALIANQUE PESSANHA DE SOUZA DIA											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																							
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA COSTA DA SILVA		18-Número no CRO 41376		19-UF RJ		20-Código CBO S		801 - Faturar Empresa													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 4 5 3 3 3 8 5 7 8		22-Nome do Contratado Executante JULIANA COSTA DA SILVA		23-Número no CRO 41376		24-UF RJ		25-Código CNES		Enviar - RX () 85100200 () 85100200													
26-Nome do Profissional Executante JULIANA COSTA DA SILVA		27-Número no CRO 41376		28-UF RJ		29-Código CBO S																	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																							
30-Tabella		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- 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0				RESTAURAÇÃO RESINA		14		OD		1		8 8 0 0		0 0 0 0		0 0 0 0		S		18/11/20		Fatores	
2- 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0				RESTAURAÇÃO RESINA		15		OD		1		8 8 0 0		0 0 0 0		0 0 0 0		S		18/11/20		Fatores	
3- 0 0 8 1 0 0 0 0 3 0				CONSULTA ODONTOLÓGICA						1		3 4 0 0		0 0 0 0		0 0 0 0		S		18/11/20		Fatores	
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 2 1 0 0 0 0		47-Valor Total R\$		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(ram) 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 23/11/2012 Juliana C. de Silva		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/2012 Juliana C. de Silva		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/2012 Juliana C. de Silva		53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/11/2012 DRA. JULIANA COSTA Cirurgião-Dentista CRO 41376	
---	--	---	--	---	--	---	--