

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
05/10/2012

4-Data de Autorização
05/10/2012

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50174453

7-Data Validade da Senha
03/11/2012

334350
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0037000021844448

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
UNIMED RIO COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
704608611651520

13-Nome
LILIANI KEPLER SANTA ROSA

15/05/1989

14-Telefone
() - / -

15-Nome do titular do plano
LILIANI KEPLER SANTA ROSA

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
1453338578

22-Nome do Contratado Executante
JULIANA COSTA DA SILVA

23-Número no CRO
41376

24-UF
RJ

25-Código CNES

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-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
1-0081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00		0,00		06/10/2012	
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

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\$
0,00

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), 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
06/10/2012 Juliana C. da Silva

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
06/10/2012 Juliana C. da Silva

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
06/10/2012 Liliani Kepler Santa Rosa

53-Data, local e Carimbo da Empresa
06/10/2012

Dr. Juliana Costa
Cirurgião-Dentista
CRO: 41376