

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



349

367969

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/09 11/2101	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50188540	7-Data Validação de Sessão 13/01/11 11/2101
8-Número da Carteira 10037100000026599831		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		
13-Nome VANIA FERNANDES APOLONIO DE SO		14-Telefone 12/11/1961		
16-Mandamento a RN ANDREA BATISTA FERES		17-Nome do Profissional Solicitante ANDREA BATISTA FERES		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1011710521171021		22-Nome do Contratado Exatante ANDREA BATISTA FERES		
26-Nome do Profissional Exatante ANDREA BATISTA FERES		27-Número no CRO 22644		

11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número da Carteira Nacional de Saúde 700402342232250	13-Nome do titular do plano CARLOS ANTONIO RIBEIRO DE SOUZ
18-Número no CRO 22644	19-UF RJ	20-Código CBO S 801
23-Número no CRO 22644	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100218
27-Número no CRO 22644	28-UF RJ	29-Código CBO S

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-Moeda da Classe 42-Ano
1-10101851100218		RESTAURAÇÃO RESINA	43	DLI	1	143100				10/11/09	11/2101
2-10101851100196		RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	9000				10/11/09	11/2101
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/11/09 11/2101	44-Tipo de Atendimento 111	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 123100	47-Valor Total R\$ 101010101	48-Total Franquia / Co-participação
--	-------------------------------	---	----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/09 11/2101	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/09 11/2101	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/09 11/2101	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------

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 pr 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, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.