

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



312911
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/05/2012	5-Será PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 312911	7-Data Validade da Guia 11/08/2012
--------------------------	---	---------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 00370000000012678360		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 70500362956158
12-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento IZABEL CRISTINA DE SOUZA FORTU		13-Data de Nascimento 16/08/1965	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano IZABEL CRISTINA DE SOUZA FORTU

16-Atendimento a F/N N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	18-Número no CRO 30438	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 092124371736	22-Nome do Contratado Excedente DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	23-Número no CRO 30438	24-UF RJ	25-Código CINES
26-Nome do Profissional Excedente DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO		27-Número no CRO 30438	28-UF RJ	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		32-Descrição	33-Centro/Região	34-Face	35-Dto	36-Quantidade	37-Valor	38-Franquia/Co-participação	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia
30-Tabela	31-Código do Procedimento										
1	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	1	34,00	0,00		13/05/2012	
2	0081530020	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM	21		1	1	8,00	0,00		13/05/2012	
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/08/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 42,00	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 Trava maxilar superior de evento 21 - Imobilização	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/05/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/05/2012
52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável 13/05/2012	

Assinatura de S. Fortu