

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

407172
INTERCÂMBIOOdontolife[®]
transfere para você

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2012	4-Data de Autorização 28/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50202281	7-Data Validade da Senha 28/10/2012
Dados do Beneficiário		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 706201504542160
8-Número da Carteira 00370000009062591		13-Nome NILCE MARIA ALVES RODRIGUES	14-Telefone () - /	15-Nome do titular do plano NILCE MARIA ALVES RODRIGUES	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA AUDI VON HAEHLING LIMA	18-Número no CRO 43596	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10397919727		22-Nome do Contratado Executante JULIANA AUDI VON HAEHLING LIMA	23-Número no CRO 43596	24-UF RJ	25-Código CNEB
26-Nome do Profissional Executante JULIANA AUDI VON HAEHLING LIMA		27-Número no CRO 43596	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-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			28/10/2012		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			28/10/2012		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			28/10/2012		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			28/10/2012		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-De

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

44-Ob

50-Data

54-Data

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/10/2012	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 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

49-Observação	50-Data, Assinatura e Carimbo do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/10/2012	51-Data, Assinatura e Carimbo do Cirurgião-Dentista 28/10/2012	52-Data, Assinatura e Carimbo do Beneficiário / Responsável 28/10/2012	53-Data, Assinatura e Carimbo da Empresa 28/10/2012 Clínica Odontológica Enio Lima
---------------	---	---	---	--