

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



431060
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/11/12/12/10		4-Data de Autorização 10/11/12/12/10		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50209894		7-Data Validade da Guia 10/11/10/31/21/1	
8-Número da Carteira 1010131710101010210211416531111		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700802450027286		13-Nome ELIANA SIGAUD LUCIO DA CRUZ	
14-Telefone () - - - - -											
15-Nome do titular do plano ELIANA SIGAUD LUCIO DA CRUZ											
16-Atendimento a RN ANNA ALEXANDRA BESEERRA VIEIRA AUIP											
17-Nome do Profissional Solicitante ANNA ALEXANDRA BESEERRA VIEIRA AUIP											
18-Número no CRO 20598											
19-UF RJ											
20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa											
21-Código no Operadora / CNA / CFP 10111610181618174131111											
22-Nome do Contratado Executante ANNA ALEXANDRA BESEERRA VIEIRA AUIP											
23-Número no CRO 20598											
24-UF RJ											
25-Código CNES 20598											
26-Nome do Profissional Executante ANNA ALEXANDRA BESEERRA VIEIRA AUIP											
27-Número no CRO 20598											
28-UF RJ											
29-Código CBO S 801 - Faturar Empresa											
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados ANNA ALEXANDRA BESEERRA VIEIRA AUIP											
31-Código do Procedimento											
32-Descrição											
33-Dente/Região											
34-Fuor											
35-Qtd											
36-Quantidade US											
37-Valor											
38-Franquia/Co-participação R\$											
39-Aut											
40-Data da Realização											
41-Motivo da Guia											
42-Assin											
43-Data Provisão Termino do Tratamento											
44-Tipo de Atendimento											
45-Tipo de Faturamento											
46-Total Quantidade US											
47-Valor Total R\$											
48-Total Franquia / Co-participação f											

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

49-Observação

Anna Alexandra
 Dentista
 CRO RJ 20598

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 10/11/12/12/10
 Anna Alexandra
 CRO RJ 20598

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 10/11/12/12/10
 Anna Alexandra

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 10/11/12/12/10
 ELIANA SIGAUD LUCIO DA CRUZ

53-Data, local e Assinatura da Empresa
 10/11/12/12/10
 ELIANA SIGAUD LUCIO DA CRUZ