

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



433719
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/2012	4-Data de Autorização 03/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50210647	7-Data Validade da Senha 03/10/13/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 003700000004015200		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome BERNARDO JOSE MELO DA SILVA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano BERNARDO JOSE MELO DA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA		18-Número no CRO 39704	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12816546713		22-Nome do Contratado Executante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA		23-Número no CRO 39704	24-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA		27-Número no CRO 39704		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			03/11/2012		
2-	0081400090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			07/12/2012		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/12/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	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), 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/2012 Antonio Manuel Garcia da Rosa CRO/RJ-CD-39704	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/2012 Antonio Manuel Garcia da Rosa CRO/RJ-CD-39704	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/2012 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--