

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



374805
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2012	4-Data de Autorização 14/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50191145	7-Data Validade da Guia 13/11/2012
8-Número do Contrato 003719994065812848			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome GABRYEL ALVES DA ROCHA			14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano GABRYEL ALVES DA ROCHA	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705004470794258
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	18-Número na CRO 31802	19-UF RJ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 82436274720			22-Nome do Contratado Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	23-Número na CRO 31802	24-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA			27-Número na CRO 31802	28-UF RJ	25-Código CINES 801 - Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Autor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	01830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	81	1	1	173,00	0,00	51,05	11/11/2012			
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsto Término do Tratamento 02/11/12	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 173,00	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), tornaram 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-Operadora e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante D. BAPTISTA	51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 10/11/11 D. BAPTISTA	52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/11 D. BAPTISTA	53-Data Local e Cambio da Empresa 10/11/11 D. BAPTISTA
--	---	--	---

OPRO - INST. DES. PESQ. E REAB. ORAL LTDA