

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

343667
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
12/01/10 11/12/01

6-Número da Guia Principal
50178324

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/12/10 17/12/01

3-Data de Emissão da Guia
12/12/10 17/12/01

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10103179994064050145611

13-Nome
MONICA RAFAELA DA COSTA SANTIA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
708707163238391

15-Nome do titular do plano
MONICA RAFAELA DA COSTA SANTIA

10-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

14-Telefone
(11) 11111111

20-09/1987

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
RODRIGO CARVALHO DA SILVA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
101711502431703111

22-Nome do Contratado Executante
RODRIGO CARVALHO DA SILVA

26-Nome do Profissional Executante
RODRIGO CARVALHO DA SILVA

18-Número no CRO
27455

19-UF
RJ

20-Código CBO S

24-UF
RJ

25-Código CNES

28-UF
RJ

29-Código CBO S

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

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
1-00101851100099	16	RESTAURAÇÃO AMÁLGAMA 1	16	O	1	1	5,810,00	0,00	1	10/11/10	10/11/10
2-00101851100099	17	RESTAURAÇÃO AMÁLGAMA 1	17	O	1	1	5,810,00	0,00	1	10/11/10	10/11/10
3-00101851100099	24	RESTAURAÇÃO AMÁLGAMA 1	24	O	1	1	5,810,00	0,00	1	10/11/10	10/11/10
4-00101851100099	25	RESTAURAÇÃO AMÁLGAMA 1	25	O	1	1	5,810,00	0,00	1	10/11/10	10/11/10
5-00101851100099											
6-00101851100099											
7-00101851100099											
8-00101851100099											
9-00101851100099											
10-00101851100099											
11-00101851100099											
12-00101851100099											
13-00101851100099											
14-00101851100099											
15-00101851100099											

43-Data Previsão Término do Tratamento
11/11/11

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
232100

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. Dedaro, 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 Solicitante
10/11/10 10/11/10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário / Responsável
10/11/10 10/11/10