

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



426115
INTERCÂMBIO

1-Região ANS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
24/11/2010

4-Dia de Autorização
24/11/2010

5-Semana
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50208128

7-Dia Validade da Guia
12/10/2011

8-Número da Carteira

010370000016381486

9-Piso
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11-Dia Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
706801718540422

13-Nome
TIAGO MAGIANO HAZAN SILVA DA F

08/06/2010

14-Telefone
()

15-Hora de Início do Plano
VALERIA MAGIANO HAZAN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Autorização a RV
ANDREA BATISTA FERES

17-Nome do Profissional Solicitante
ANDREA BATISTA FERES

18-Número no CBO
22644

19-UF
RJ

20-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

21-Código na Carteira / CBO / CFS
011705217702

22-Nome do Contratado Especialista
ANDREA BATISTA FERES

23-Número no CBO
22644

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Código CBO S

28-Nome do Profissional Executante
ANDREA BATISTA FERES

27-Número no CBO
22644

29-UF
RJ

30-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Taboia	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cnt	36-Quantidade US	37-Mostrar	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-010	81100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		4,700		0,00				
2-010	81100014	CONDICIONAMENTO EM		1		6,200		0,00				
3-010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1		1,200		0,00				
4-010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1		1,200		0,00				
5-010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1		1,200		0,00				
6-010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1		1,200		0,00				
7-010	84000198	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		5,100		0,00				
8-010												
9-010												
10-010												
11-010												
12-010												
13-010												
14-010												
15-010												
16-010												

43-Dia Prazo de Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em referências ao tratamento realizado, compreendendo-a e arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Declarado

50-Dia, local e Assinatura do Grupo-Orientador Solicitante

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável)

53-Dia, local e Assinatura da Empresa

54-Dia, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores

55-Dia, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores

56-Dia, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores

57-Dia, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores

58-Dia, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores

59-Dia, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores

60-Dia, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores

61-Dia, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores

62-Dia, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores

63-Dia, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores