

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o N^o

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/03/10 07/12/10

4-Data de Autorização
10/03/10 07/12/10

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50174370

7-Data Validade da Sentença
10/11/10 12/10

334064
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10/03/10 00/00/2012 5111019

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número da Carteira Nacional de Saúde
708101189810440

13-Nome
GABRIELA PEREIRA DE OLIVEIRA M

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
GABRIELA PEREIRA DE OLIVEIRA M

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
MARILENE MOREIRA CUNHA

18-Número no CRO
8132

19-UF
RJ

20-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
14/5/7603/811768

22-Nome do Contratado Executante
MARILENE MOREIRA CUNHA

23-Número no CRO
8132

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
MARILENE MOREIRA CUNHA

27-Número no CRO
8132

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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia / Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6			
		RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	6	1,00	0,00				
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 Provisão Término do Tratamento: 10/11/10 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: 6 1,00 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 e a pagar em 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												

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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/01/10 11/10/10 Dr. Marilene Moreira Cunha

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/01/10 11/10/10 Dr. Marilene Moreira Cunha

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável)
10/01/10 11/10/10 Gabriela Pereira de Oliveira

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11

ORTODONTIA E ODONTOPEDIATRIA
CRO/RJ 8132