

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/11	4-Data de Autorização 11/06/11	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50199695	7-Data Validade da Serinha 11/04/11	397779 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------	--	--	-----------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00037000000290342911	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/01/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004948084052
--	--------------------------------	---	--	--

13-Nome

MILENA SANTANA BARBOSA MEDEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA	18-Número no CRO 49467	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código no Operadora / CUP / CPF 1141128541729	22-Nome do Contratado Executante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA	23-Número no CRO 49467	24-UF RJ	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante

KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA	27-Número no CRO 49467	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
1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00			11/06/11		
2-0	0184000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	7,20	0,00			11/06/11		
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 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 1106,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Karinne R. Alves Lima Cirurgiã-Dentista CRO RJ 49.467						51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Autorizado Karinne R. Alves Lima Cirurgiã-Dentista CRO RJ 49.467	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/11 MILENA SANTANA BARBOSA MEDEIRO	53-Data, local e Carimbo da Empresa Odontológica 11/06/11 CNPJ 14.092.419/0001-25 INSTR. MUNICIPAL 052119-9