



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

415858
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/20	4-Data de Autorização 10/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50205091	7-Data Validade da Senha 08/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994065423167	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUANA DE OLIVEIRA	14-Telefone 08/08/1987	15-Nome do titular do plano LUANA DE OLIVEIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	18-Número no CRO 46320	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07514463780	22-Nome do Contratado Executante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	23-Número no CRO 46320	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	27-Número no CRO 46320	28-UF RJ	29-Código CBO S (I) 81000421-RPSE	

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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSP		1	28,00	0,00		S	10/11/20		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	28,00	0,00		S	10/11/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/20 Luana de Oliveira	53-Data, local e Carimbo de Empresa 10/11/20
---	---	---	---

Dr. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320