



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



|                                              |                                         |                                                         |                                           |                                        |                                         |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>418951                     | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/09/2019 | 4-Data de Autorização<br>12/09/2019                     | 5-Sineta<br>AUTORIZADA                    | 6-Número da Guia Principal<br>50195494 | 7-Data Validade da Sineta<br>12/08/2020 |
| Dados do Beneficiário                        |                                         |                                                         |                                           |                                        |                                         |
| 8-Número da Carteira<br>00370000000023618101 | 9-Plano<br>UNIMED DENTAL                |                                                         | 10-Empresa<br>TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA |                                        |                                         |
| 11-Data Validade da Carteira                 |                                         | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>70505466056715 |                                           | 13-Nome<br>ODIL DA SILVA MATTOS        |                                         |

|                                                            |  |                                                             |  |
|------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|
| 14-Telefone<br>(151) 846118046                             |  | 15-Nome do titular do plano<br>ODIL DA SILVA MATTOS         |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                   |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>LUANA MORAES PACHECO |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>101131986615070111  |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>LUANA MORAES PACHECO    |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LUANA MORAES PACHECO |  | 27-Número no CRO<br>20933                                   |  |
| 28-UF<br>RS                                                |  | 29-Código CBO S<br>20933                                    |  |
| 30-Tabela<br>31-Código do Procedimento                     |  | 32-Descrição<br>RADIOGRAFIA PERIAPICAL                      |  |
| 33-Quantidade US<br>1                                      |  | 34-Face<br>RPSE                                             |  |
| 35-Valor                                                   |  | 36-Franquia/Co-participação R\$<br>0,00                     |  |
| 37-Valor                                                   |  | 38-Franquia/Co-participação R\$<br>0,00                     |  |
| 39-Aut                                                     |  | 40-Data de Realização<br>29/09/20                           |  |
| 41-Motivo da Glosa                                         |  | 42-Assinatura<br>[assinatura]                               |  |

| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados |             | 33-Quantidade US            | 34-Face                | 35-Valor               | 36-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut                                  | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-------------------------------------------------|-------------|-----------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-                                              | 94181000421 | 1                           | RPSE                   | 0,00                   | 0,00                            | S                                       | 29/09/20              | [assinatura]       | [assinatura]  |
| 2-                                              |             |                             |                        |                        |                                 |                                         |                       |                    |               |
| 3-                                              |             |                             |                        |                        |                                 |                                         |                       |                    |               |
| 4-                                              |             |                             |                        |                        |                                 |                                         |                       |                    |               |
| 5-                                              |             |                             |                        |                        |                                 |                                         |                       |                    |               |
| 6-                                              |             |                             |                        |                        |                                 |                                         |                       |                    |               |
| 7-                                              |             |                             |                        |                        |                                 |                                         |                       |                    |               |
| 8-                                              |             |                             |                        |                        |                                 |                                         |                       |                    |               |
| 9-                                              |             |                             |                        |                        |                                 |                                         |                       |                    |               |
| 10-                                             |             |                             |                        |                        |                                 |                                         |                       |                    |               |
| 11-                                             |             |                             |                        |                        |                                 |                                         |                       |                    |               |
| 12-                                             |             |                             |                        |                        |                                 |                                         |                       |                    |               |
| 13-                                             |             |                             |                        |                        |                                 |                                         |                       |                    |               |
| 14-                                             |             |                             |                        |                        |                                 |                                         |                       |                    |               |
| 15-                                             |             |                             |                        |                        |                                 |                                         |                       |                    |               |
| 13-Data Previsto Término do Tratamento          |             | 44-Tipo de Atendimento      | 45-Tipo de Faturamento | 46-Total Quantidade US | 47-Valor Total R\$              | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |                       |                    |               |
| 11/11/11                                        |             | 1-1-Tratamento Odontológico | 1-1-Total 2-Parcial    | 0,00                   | 0,00                            | 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 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.

45-Observação

|                                                                                       |                                                                                   |                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 50-Data Total e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>29/09/20 [assinatura] | 51-Data Total e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>29/09/20 [assinatura] | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>29/09/20 [assinatura] |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|

Dentaldoc

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM  
Marcelo Martini Vianha EIRELI  
CNPJ: 3024905070001-78