



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



50181445

1-Registro ANS 418951	3-Data de Emissão da Guia 04/08/20	4-Data de Autorização 04/08/20	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 50181445	7-Data Validade da Senha 02/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000014937436	9-Plano UNIMED DENTAL	10-Empresa SWEDISH MATCH DO BRASIL S.A.	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701808258068674
13-Nome HELOISA MARIA DE CASTRO FURTADO 20/01/1964		14-Telefone (21) 8103-5584	15-Nome do Titular do plano HELOISA MARIA DE CASTRO FURTADO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CLARISSA PASSOS CHAVES	18-Número na CRO 2417	19-UF CE	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 24172774334	22-Nome do Contratado Executante ANA CLARISSA PASSOS CHAVES	23-Número na CRO 2417	24-UF CE	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA CLARISSA PASSOS CHAVES		27-Número na CRO 2417	28-UF CE	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-	9485100218	RESTAURACAO EM RESINA	35	OMD	1	68,00	0,00		S	09/08/20		f Heloisa
2-	9485100200	RESTAURACAO EM RESINA	37	OM	1	56,00	0,00		S	09/08/20		f Heloisa
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 124,00	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) acima, e por mim assinado(s), foi/ram 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 com o tratamento.

49-Observação Cirurgia Buco - Maxilo - Facial CRO-CE 2417 CPF 241727743-34 Tel: (85) 3109-5902/9.9927-4949	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/08/20 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/08/20 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/08/20 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	--	--	--