



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



50182692

1-Registro ANS 418951	3-Data de Emissão da Guia 10/08/20	4-Data de Autorização 10/08/20	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 50182692	7-Data Validade da Senha 08/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000014937436	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	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 RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CLARISSA PASSOS CHAVES	18-Número no 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 no CRO 2417	24-UF CE	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA CLARISSA PASSOS CHAVES	27-Número no 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	9485100200	RESTAURACAO EM RESINA	34	IV	1	56,00	0,00		S	10/08/20		
2												
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 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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) no(s) item(s) 32, 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 10/08/20 Cfe.	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/20 Cfe.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	---	--

Cirurgiã Buco - Maxilo
RO-CE 2417*CPF 24172774334
Tel: (85) 3109-5902