

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



374738
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/09/20	4-Data de Autorização 15/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50191123	7-Data Validade da Senha 13/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 003700003078890	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 706003870255041
13-Nome CLERY SA BOUCAS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLERY SA BOUCAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA	18-Número no CRO 39704	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12816546713	22-Nome do Contratado Executante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA	23-Número no CRO 39704	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA		27-Número no CRO 39704	28-UF RJ	29-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

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
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/09/20		CH
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	19/10/20		CH
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/10/20		CH
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/10/20		CH
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	19/10/20		CH
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/10/20	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 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 19/10/20 Antonio Manuel Garcia da Rosa CRO/RJ-CD-39704	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/10/20 Antonio Manuel Garcia da Rosa CRO/RJ-CD-39704	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/10/20 Clery de Boucas	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--