



1579-00000000000000000000

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



435039
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/2015	4-Data de Autorização 04/11/2015	5-Serena AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50211035	7-Data Validade da Serina 04/11/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 003799940616392201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 07/06/2015	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706803221811728	13-Nome SARA VITORIA COSTA DE SOUZA
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
14-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante THAMIRE RODRIGUES LAGRIMANTE	18-Número no CRO 49529	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	21-Data Validade do plano SARA VITORIA COSTA DE SOUZA
22-Código no Operadora / CNPJ / CPF 1160515777750111	23-Nome do Contratado Executante THAMIRE RODRIGUES LAGRIMANTE	24-UF RJ	25-Código CNES 49529	26-UF RJ	27-Código CBO S 49529
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-00183000089	32-Descrição EXODONTIA SIMPLES DE	33-Dente/Região 85	34-Face 1	35-Old 73000	36-Quantidade US 000
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Gênea 42-Assinatura					
43-Data Prevista Término do Tratamento 04/12/2015					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Total 2-Parcial					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Franquia / Co-participação R\$					
47-Valor Total 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 04/11/2015, Curitiba, PR Dra. Thiamira Lagrimante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Emergência 04/11/2015, Curitiba, PR Dra. Thiamira Lagrimante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/2015, Curitiba, PR Sara Vitoria Costa de Souza	53-Data, local e Assinatura da Empresa 04/11/2015, Curitiba, PR Odontolife
Insc. Municipal: 0521154-9			