

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

306731
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 6 / 1 0 / 4 / 1 2 / 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50161314	7-Data Validade da Senha 1 5 / 1 0 / 7 / 1 2 / 0
--------------------------	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira _ / _ / _ / _ / _ / _	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700501378906055
8-Número da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 2 0 0 6 1 8 8 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	13-Nome EDMEA SANTOS BOMFIM			
13-Nome EDMEA SANTOS BOMFIM		14-Telefone (21) 96737-0276			
15-Nome do titular do plano EDNA DOS SANTOS BOMFIM					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 16512		19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELIANE BISPO DE ALENCAR	23-Número no CRO 16512		24-UF RJ	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 9 2 6 2 0 8 3 3 7 8 7		22-Nome do Contratado Executante ELIANE BISPO DE ALENCAR				
26-Nome do Profissional Executante ELIANE BISPO DE ALENCAR		27-Número no CRO 16512		28-UF RJ	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
1-0	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	27		1	3400		0,00	S	16/11/20	
2-0	082000859	EXODONTIA DE RAIZ			1	7300		0,00	S	27/09/20	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto 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 _ _ _ 1 0 7 1 0 0	47-Valor Total R\$ _ _ _ _ _ 0 0 0 0	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) 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 Solicitante 27/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa _ / _ / _ / _ / _ / _
---	---	---	--