

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



334422
INTERCÂMBIO

AUTO 212420

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/07/20	4-Data de Autorização 06/07/20	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 334422	7-Data Validade da Senha 04/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0037000032097282		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 705004059220855
13-Nome ADRIANA FERREIRA DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ADRIANA FERREIRA DA SILVA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARCELO BARBOSA GARCIA	18-Número no CRO 32479	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02553974701		22-Nome do Contratado Executante MARCELO BARBOSA GARCIA	23-Número no CRO 32479	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MARCELO BARBOSA GARCIA		27-Número no CRO 32479	28-UF RJ	29-Código CBO S	

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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00			06/07/20		
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 34,00	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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com o 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 06/07/20 RS Marcelo Barbosa Garcia Cirurgião Dentista CRO-RJ 32479	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/07/20 RS Adriana F. da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	-------------------------------------