

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



336404
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/2017 12:01	4-Data de Autorização 10/09/2017 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50175316	7-Data Validade da Senha 10/06/2018 12:01
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 100371999406142363711	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome MARIA ROSINETE GOMES DE SOUZA	04/01/1989	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARIA ROSINETE GOMES DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BERNARDO CAMPOS MACHADO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111629026719	22-Nome do Contratado Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO
26-Nome do Profissional Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO	27-Número no CRO 37194
28-UF RJ	29-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denti/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor							
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1		47	00	0,00					10/09/2017		
2-														
3-														
4-														
5-														
6-														
7-														
8-														
9-														
10-														
11-														
12-														
13-														
14-														
15-														
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$									
11/11/11	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	47	00	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(ram) 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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/09/17	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/09/17	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---