



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



308247
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2014	4-Data de Autorização 12/04/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50161759	7-Data Validade da Senha 12/03/17
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000379994062724476	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 / /
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome
ANTONIA DE MARIA FERREIRA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
JULIANA MACIEL SIERRA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10620035781

22-Nome do Contratado Executante
JULIANA MACIEL SIERRA

26-Nome do Profissional Executante
JULIANA MACIEL SIERRA

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-CONSULTA ODONTOLÓGICA

2-RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

3-RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

4-RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

5-RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

6-RX INTERPROXIMAL - BITE-

7-RX INTERPROXIMAL - BITE-

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\$

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), 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

A assinatura do paciente está na guia de N. 258794