

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

358738
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2018	4-Data de Autorização 18/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 50184748	7-Data Validade da Senha 16/11/2019
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 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70680322181728	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome SARA VITORIA COSTA DE SOUZA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano SARA VITORIA COSTA DE SOUZA			
Dados do Profissional Solicitante					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS	18-Número no CRO 26384	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07106976784	22-Nome do Contratado Executante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS	23-Número no CRO 26384	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS	27-Número no CRO 26384	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
1-01085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	73	LV	1		88,00	0,00		18/08/2018		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/08/2019	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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(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 do Cirurgião-Dentista 18/10/2018	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/2018	52-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 18/10/2018
---	---	--