

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



360780
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/2018	4-Data de Autorização 11/11/2018	5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 360780	7-Data Validade da Sentença 18/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702006332014084	
8-Número da Carteira 003700002000095916		9-Plano POS REDE PRESTADORA		11-Data Validade da Carteira 11/11/2018	
13-Nome ALINE PAULINO DE OLIVEIRA		24-09/1987		15-Nome do titular do plano ALINE PAULINO DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 121219		19-UF SP		20-Código CBO S 801 -	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante KARINA PRADO CACIANO		23-Número no CRO 121219		24-UF SP	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 316252193879		22-Nome do Contratado Executante KARINA PRADO CACIANO		25-Código CNES		26-UF SP	
26-Nome do Profissional Executante KARINA PRADO CACIANO		27-Número no CRO 121219		28-UF SP		29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	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	0	0	8	1	0	0	0	4	9			11/12/10	Alina
2	0	0	8	5	1	0	0	4	8			11/12/10	Alina
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/2018	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 412,00	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), 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 12/10/10 18/12/10 Karina		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 12/10/10 18/12/10 Alina		52-Data, local e Caimbo da Empresa 11/11/11	
---------------	--	---	--	--	--	--	--