

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



340433
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/07/20	4-Data de Autorização 16/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50177032	7-Data Validação da Senha 14/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	---------------------------------------

Dados do Beneficiário		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 700001516305706
8-Número da Carteira 0037000023250782		13-Nome FABRINIE STEPHANIE ALEXANDRE D		14-Telefone () -	
15-Nome do titular do plano FABRINIE STEPHANIE ALEXANDRE D		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-Nome do Profissional Executante MARCELO BARBOSA GARCIA		26-Número no CRO 32479	27-UF RJ	28-Código CBO S (I) 81000421- (I) 81000421-RPID

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
1-00	810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/07/20		
2-00	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46		1	533,00	0,00		S	23/07/20		
3-00	810000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	23/07/20		
4-00	810000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	23/07/20		
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 595,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente informado 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.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/07/20 RS [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/07/20 RJ [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/07/20 RS [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------