

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



425062

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/20	4-Data de Autorização 23/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50207783	7-Data Validade da Senha 21/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000029060535	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 702506398166333
13-Nome SILVIA PUCU 23/05/1957		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SILVIA PUCU	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELIANE LOPES GUIMARAES	18-Número no CRO 16546	19-UF RJ	20-Código CBO S 801	Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85300039-011 (I) 85300039-012 (I) 85300039-014
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 84357452791	22-Nome do Contratado Executante ELIANE LOPES GUIMARAES	23-Número no CRO 16546	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ELIANE LOPES GUIMARAES		27-Número no CRO 16546	28-UF RJ	29-Código CBO S	

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	00853000039	RASPAGEM SUB-	HASD		1	44,00	0,00		S	24/11/20		x
2	00853000039	RASPAGEM SUB-	HASE		1	44,00	0,00		S	24/11/20		x
3	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/11/20		x
4	00853000039	RASPAGEM SUB-	HAID		1	44,00	0,00		S	24/11/20		x
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 168,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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), 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

. Enviar periograma na produção.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/11/20 Eliane Lopes Guimarães	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/20 Eliane Lopes Guimarães	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/20 Silvia Pucu	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--