



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1*

322758
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/2019	4-Data de Autorização 10/06/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50157398	7-Data Validade da Senha 10/06/2019							
Dados do Beneficiário			11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11									
8-Número da Carteira 100370000020312841		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A								
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709608608818070		15-Nome do titular do plano UMBERTO NASCIMENTO										
13-Nome UMBERTO NASCIMENTO 19/01/1971												
14-Telefone (11) 1111-1111												
16-Abandono a RN N												
17-Nome do Profissional Solicitante JACIEL DE SOUZA												
18-Número no CRO 29423												
19-UF SP												
20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa												
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 33959099649												
22-Nome do Contratado Executante JACIEL DE SOUZA												
23-Número no CRO 29423												
24-UF SP												
25-Código CNES												
26-Nome do Profissional Executante JACIEL DE SOUZA												
27-Número no CRO 29423												
28-UF SP												
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 Causa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00	0,00	S	22/06/2019	1	
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00	0,00	S	16/06/2019	2	
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00	0,00	S	17/06/2019	3	
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00	0,00	S	17/06/2019	4	
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00	0,00	S	16/06/2019	5	
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11/11/11												
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 305,00												
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(ram) 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 11/06/2019												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/2019												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/2019												
53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/06/2019												