



PF

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Tratamento Clínico

2 - Nº Guia no Prestador 31264655

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	5 - Santa	6 - Data de Validação da Sanha	7 - Número da Guia Autorizada pelo Operadora
31264655	31264651	31264655	08/01/2021	08/04/2021

8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Empresa	11 - Validade de Carteira	12 - Centro Nacional de Saúde
90000001668813002	UNIMED DENTAL	158335		

13 - Nome	14 - Telefone	15 - Nome do titular do plano	16 - Alandimento a RN
ANA PAULA DIAS NOBREGA DE SOUZ	() / () / ()	ANA PAULA DIAS NOBREGA DE SOUZ	N

17 - Nome do Profissional Solicitante	18 - Número no CRO	19 - UF	20 - Código CRO
JULIANA COSTA DA SILVA	41376	RJ	9833633

21 - Código na Operadora	22 - Nome do Contratado Excedente	23 - Número no CRO	24 - UF	25 - Código CHES
115747184	JULIANA COSTA DA SILVA	41376	RJ	9833633

26 - Nome do Profissional Excedente	27 - Número no CRO	28 - UF	29 - Código CRO
JULIANA COSTA DA SILVA	41376	RJ	

30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente/Região	34 - Face	35 - Qtds US	36 - Qtds US	37 - Valor R\$	38 - Franquia(R\$)	39 - Aut	40 - Cod Negativa	41 - Data de Realização	42 - Assinatura
1 - 1761090030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		ASAI		01		10,44		8			
2 -												
3 -												
4 -												
5 -												
6 -												
7 -												
8 -												
9 -												
10 -												
11 -												
12 -												
13 -												
14 -												
15 -												
16 -												
17 -												
18 -												
19 -												
20 -												

43 - Data de Término do Tratamento	44 - Tipo de Alandimento	45 - Tipo de Tratamento	46 - Total Quantidade US	47 - Valor Total (R\$)	48 - Valor Total Franquia (R\$)
	1			10,44	

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do 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.

50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

54 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável	55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
	Ana Paula D. N. de Souza