

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



410282

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/20	4-Data de Autorização 03/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50203419	7-Data Validade da Senha 01/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037994064108098	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 700008217279807	
13-Nome LAURIMAR DA SILVA DE ALMEIDA		14-Telefone 27/06/1964	15-Nome do titular do plano LAURIMAR DA SILVA DE ALMEIDA		

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 (IF) 85200166-35
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-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	35	1	258,00	0,00	0,00	S	11/11/20			
2-												
3-												
4-												
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 258,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/20 Eliane Lopes Guimarães				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/20 Eliane Lopes Guimarães				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/20 Laurimar da Silva de Almeida				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--