



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Registro ANS 406414	3-Dados de Emissão do Guia 11/05/2019	4-Dados de Autorização 19/05/2019	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50163427	7-Data Validade da Sentença 16/08/2019
--------------------------	--	--------------------------------------	--------------------------	--	---

314066
INTERCAMBIO

8-Valor da Contratação 0,037994061878003	9-Paciente POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Contratação 11/11/11	12-Número do Contrato Nacional da Saúde 702601757206448
---	-----------------------------------	---	---	--

13-Nome DIEGO PRACA FERNANDES	23/02/1987	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano DIEGO PRACA FERNANDES
----------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO	18-Número no CRO 35649	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

Faturar Empresa

21-Código na Ordem de Serviço / CNEP / CPE 1091046727192	22-Nome do Contratado Executante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO	23-Número no CRO 35649	24-UF RJ	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Encarregado ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO	27-Número no CRO 35649	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Planos de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			11/05/2019		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36,00	0,00			11/05/2019		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,00	0,00			11/05/2019		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36,00	0,00			11/05/2019		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36,00	0,00			11/05/2019		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Dados Previstos: Término do Tratamento 18/05/2019	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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(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 18/05/2019 Dr. Aldyjanne S. Beltrão ORTODONTIA CRO-35649	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/05/2019 Dr. Aldyjanne S. Beltrão ORTODONTIA CRO-35649	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/05/2019 Diego P. L. L. P. ORTODONTIA CRO-35649	53-Data, local e Assinatura da Empresa 18/05/2019 Dr. Aldyjanne S. Beltrão ORTODONTIA CRO-35649
---	---	--	--