



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



50186730

1-Registro ANS 416801	3-Data de Emissão da Guia 2 6 / 0 8 / 2 0	4-Data de Autorização 2 6 / 0 8 / 2 0	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 50186730	7-Data Validade da Senha 2 4 / 1 1 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 2 0 2 9 0 6 8 6	9-Plano UNIMED DENTAL. (GC)	10-Empresa PESSOA FISICA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702508356174836
13-Nome JOCICLEIDE TAVARES DOS SANTOS		14-Telefone (7 1) 9 2 6 1 - 5 9 2 9	15-Nome do titular do plano JOCICLEIDE TAVARES DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO	18-Número no CRO 12222	19-UF BA	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 2 3 7 9 3 9 7 5 4 6	22-Nome do Contratado Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO	23-Número no CRO 12222	24-UF BA	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO		27-Número no CRO 12222	28-UF BA	29-Código CBO S

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-	9 4	9 1 0 0 0 0 7 6	PACOTE PERIODONTAL BASICO		1	8 0 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
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 8 0 , 0 0	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	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 GTO lançada referente a guia glosada 50172912			
--	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--