GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 383111 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
6414	25/09/20	25/09/20	AUTORIZADO	50194360	24/12/20

Dados do Beneficiário

Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
03754660970149002	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		706508306904094

Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELSO LUIS TEIXEIRA MAZZOTTI	29/03/1956	( ) -	CELSO LUIS TEIXEIRA MAZZOTTI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	MARCOS CARVALHO DA SILVA	16315	RJ	

801 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
31381425704	MARCOS CARVALHO DA SILVA	16315	RJ	

Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MARCOS CARVALHO DA SILVA	16315	RJ	

Dados do Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
00	81010030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S	25/09/20		
00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OP	1	113,00	0,00		S	25/09/20		

41-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	160,00	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 e
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 valore
decorrentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dr. Marcos Carvalho da Silva - Dentista
CRO 16315-9

Observação

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
/ /	25/09/20	25/09/20	/ /