

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/03/2016 4-Data de Autorização 11/03/2016 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50166073 7-Data Validade da Guia 11/03/2016

8-Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000379994064236371 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 11/03/2016 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIA ROSINETE GOMES DE SOUZA 04/01/1989 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano MARIA ROSINETE GOMES DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA COSTA DA SILVA 18-Número no CRO 41376 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1453385788 22-Nome do Contratado Executante JULIANA COSTA DA SILVA 23-Número no CRO 41376 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante JULIANA COSTA DA SILVA 27-Número no CRO 41376 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-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	6,10,00	0,00	0,00	0,00	11/06/2016	S	OK
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	6,10,00	0,00	0,00	0,00	11/06/2016	S	OK
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	6,10,00	0,00	0,00	0,00	11/06/2016	S	OK
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	6,10,00	0,00	0,00	0,00	11/06/2016	S	OK
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	6,10,00	0,00	0,00	0,00	11/06/2016	S	OK
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	6,10,00	0,00	0,00	0,00	11/06/2016	S	OK
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

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 366,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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.

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 Cartão da Empresa

11/06/2016 Juliana C. D. Silva 11/06/2016 Juliana C. D. Silva 11/06/2016 Maria Rosinete Gomes de Souza 11/06/2016 Prá. Juliana Costa Cirurgião Dentista CRO: 41376