

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AN

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/03/19 4-Data de Autorização 12/03/19 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50193703 7-Data Validade da Sanha 12/12/20

381454
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100379994061950618 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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome ALIANGUE PESSANHA DE SOUZA DIA 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ALIANGUE PESSANHA DE SOUZA DIA 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 / DNPJ / CPF 1453338578 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-Old 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

1-0081000030 CONSULTA ODONTOLÓGICA HASD 1 3400 0105/10/20
2-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO HAID 1 3500 0105/10/20
3-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO HAIE 1 3500 0105/10/20
4-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO HASE 1 3500 0105/10/20
5-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

43-Data Previsto 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 47-Valor Total R\$ 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), 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 05/11/2019, R. 5, R. 12, Fátima P. de S.

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/2019, R. 5, R. 12, Fátima P. de S.

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 05/11/2019, Aliangue de Souza Dias

53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/11/2019

Dra. Juliana Costa

Cirurgiã-Dentista

CRO-41376