

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2018	4-Data de Autorização 03/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50180931	7-Data Validade da Senha 01/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

349825
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0037000000202039905	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 706006385514343
13-Nome PETER FRANCIS LAWLOR		14-Telefone () -		
15-Nome do titular do plano PETER FRANCIS LAWLOR		16-Data de Realização 23/10/1962		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP	18-Número no CRO 20598	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1011160818743	22-Nome do Contratado Executante ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP	23-Número no CRO 20598	24-UF RJ	25-Código CNIES
26-Nome do Profissional Executante ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP	27-Número no CRO 20598	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					33-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória 42-Assin
1-000181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA						1	1	34,00	0,00		10/10/2018	Peter do
2-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				HASD		1	1	35,00	0,00		10/10/2018	Peter do
3-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				HAID		1	1	35,00	0,00		10/10/2018	Peter do
4-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				HASE		1	1	35,00	0,00		10/10/2018	Peter do
5-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				HAIE		1	1	35,00	0,00		10/10/2018	Peter do
6-000184000198													
7-000184000198													
8-000184000198													
9-000184000198													
10-000184000198													
11-000184000198													
12-000184000198													
13-000184000198													
14-000184000198													
15-000184000198													

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação F / /
---	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

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 pr 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, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/10/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--