

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



359492
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/08/20	4-Data de Autorização 19/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50185059	7-Data Validade da Senha 17/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		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 708904784074114	
13-Nome BARBARA ROZA MOREIRA RIBEIRO				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano BARBARA ROZA MOREIRA RIBEIRO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número na CRO 34075		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CAROLINA NOGUEIRA MELHEM		23-Número no CRO 34075		24-UF RJ	
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 10970822707		22-Nome do Contratado Executante CAROLINA NOGUEIRA MELHEM		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante CAROLINA NOGUEIRA MELHEM		27-Número na CRO 34075		28-UF RJ		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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	27/08/2020		mp
2	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	27/08/2020		mp
3	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	27/08/2020		mp
4	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	27/08/2020		mp
5	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	27/08/2020		mp
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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/08/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/08/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/08/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--