

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2183712
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 4 / 0 1 / 2 5	4-Data de Autorização / / / /	5-Senha AGUARDANDO	6-Número da Guia Principal 13447297	7-Data Validade da Senha 2 4 / 0 4 / 2 5
--------------------------	--	----------------------------------	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 9 7 2 0 2 5 8 9 7 0 0 1 9 4 5 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO EMPREENDIMENTOS	11-Data Validade da Carteira / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LILIANE CRISTINE GONCALVES BATISTA LACER		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSE NETO ARISTIDES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VANJA FRANCO DE BATTISTI	18-Número no CRO 17207	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3 3 8 6 6 3 3 5 0 0 0 1 4 6	22-Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLOGICA BARRA DIMENSION LTDA	23-Número no CRO 17207	24-UF RJ	25-Código CNES 9832491
26-Nome do Profissional Executante VANJA FRANCO DE BATTISTI		27-Número no CRO 17207	28-UF RJ	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-	0 0 8 1 0 0 0 0 5 7	CONSULTA ODONTLOGICA DE			1	3 4 0 0	0 0 0			/ /		
2-	0 0 4 3 8 5	RECIMENTACAO (PECA	36		1	5 2 0 0	2 3 4 0			/ /		
3-										/ /		
4-										/ /		
5-										/ /		
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 0 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--