

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2^{AN}

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 1 1 / 1 2 0 1		4-Data de Autorização 3 0 / 1 1 / 1 2 0 1		5-Sonho AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50209793		7-Data Validade da Guia 2 8 / 0 2 / 1 2 1 1		430732 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 0 0 3 7 9 9 9 4 0 5 9 5 8 3 4 1 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE É ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira / / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709805026583092					
13-Nome PABLO BORGES DE OLIVEIRA													
14-Telefone () / /													
15-Nome do titular do plano PABLO BORGES DE OLIVEIRA													
16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante THAMIRE RODRIGUES LAGRIMANTE													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 6 0 5 1 5 7 7 5 0		22-Nome do Contratado Executante THAMIRE RODRIGUES LAGRIMANTE		18-Número no CRO 49529		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -		Faturar Empresa			
26-Nome do Profissional Executante THAMIRE RODRIGUES LAGRIMANTE		23-Número no CRO 49529		24-UF RJ		25-Código CINES		26-Código CBO S 49529					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Old		36-Quantidade US	
1-0 0 1 8 4 0 0 0 7 4		16		APLICAÇÃO DE SELANTE DE		16		1		4 9 0 0		37-Valor	
2-0 0 1 8 4 0 0 0 7 4		46		APLICAÇÃO DE SELANTE DE		46		1		4 9 0 0		38-Franquia/Co-participação R\$	
3-0 0 1 8 4 0 0 0 7 4		36		APLICAÇÃO DE SELANTE DE		36		1		4 9 0 0		39-Aut	
4-1												40-Data de Realização	
5-1												41-Motivo da Guia 42-Assinatura	
6-1													
7-1													
8-1													
9-1													
10-1													
11-1													
12-1													
13-1													
14-1													
15-1													
43-Data Previsão Término do Tratamento 0 1 / 1 2 / 1 2 1 1		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 1 4 7 0 0		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 no 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 Profissional Solicitante 0 1 / 1 2 / 1 2 1 1		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 0 1 / 1 2 / 1 2 1 1		52-Data, local e Assinatura do Engenheiro 0 1 / 1 2 / 1 2 1 1		53-Data, local e Assinatura do Engenheiro 0 1 / 1 2 / 1 2 1 1		54-Data, local e Assinatura do Engenheiro 0 1 / 1 2 / 1 2 1 1		55-Data, local e Assinatura do Engenheiro 0 1 / 1 2 / 1 2 1 1	
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Insol. Municipal: 05211549