



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
1 1 0 1 0 3 1 2 0 1

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50157681

7-Data Validade da Senha
10 18 11 06 11 21 01

299083
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira
10 03 7 0 0 0 0 0 3 2 7 6 3 4 2 8 1 1 1

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11-Data Validade da Carteira
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
708700122071194

13-Nome
GERALDO MANOEL DE TOLEDO FILHO

14-Telefone
(1 1 1) 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

15-Nome do titular do plano
GERALDO MANOEL DE TOLEDO FILHO

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
PAULA RIBEIRO GOMES

18-Número no CRO
27412

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10 18 3 8 1 8 3 8 7 5 4 1 1 1

22-Nome do Contratado Executante
PAULA RIBEIRO GOMES

23-Número no CRO
27412

24-UF
RJ

25-Código CNES
Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante
PAULA RIBEIRO GOMES

27-Número no CRO
27412

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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
1-00081000065										CONSULTA ODONTOLÓGICA										34										0										1										47,00										90,00										0,00										S										05/05/20																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
2-00085100196										RESTAURAÇÃO RESINA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	

43-Data Previsão Término do Tratamento
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

44-Tipo de Atendimento
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

45-Tipo de Faturamento
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

46-Total Quantidade US
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

47-Valor Total R\$
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

48-Total Franquia / Co-participação R\$
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

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
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10 15 11 05 11 20 11 20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10 15 11 05 11 20 11 20

53-Data, local e Carimbo da Empresa
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1