

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



277696
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/01/20	4-Data de Autorização 27/01/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50146826	7-Data Validade da Senha 26/04/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

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
13-Nome MATHEUS GUIMARAES BRAGA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MATHEUS GUIMARAES BRAGA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 27723	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA CARDOSO PEREIRA BATISTA	23-Número no CRO 27723	24-UF RJ	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09275672709	22-Nome do Contratado Executante JULIANA CARDOSO PEREIRA BATISTA	27-Número no CRO 27723	28-UF RJ	29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante JULIANA CARDOSO PEREIRA BATISTA					

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	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	13,60		S	28/01/2020		
2	00810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S			
3	00810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S			
4	00840000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S			
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 134,00	47-Valor Total R\$ 13,60	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 28/01/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/01/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/01/2020
--	---	---	---

MULTIDONTO ODONTOLÓGICA LTDA
CNPJ 10.891.739/0001-00
CRO-2984