

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



346475
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/07/2017 12:01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50179324		7-Data Validade da Sanha 12/05/2017 12:01	
Dados do Beneficiário									
8-Número da Carteira 000037000000202020361914		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade de Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705003649480056	
13-Nome GABRIEL MOREIRA DA SILVA		14-Telefone () - / -		15-Data Validade de Carteira / /		16-Data Validade de Carteira / /		17-Data Validade de Carteira / /	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Alterando a RUI N		17-Nome do Profissional Solicitante MARILENE MOREIRA CUNHA		18-Número no CRO 8132		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 141517610318117168		22-Nome do Contratado Execulente MARILENE MOREIRA CUNHA		23-Número no CRO 8132		24-UF RJ		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Execulente MARILENE MOREIRA CUNHA		27-Número no CRO 8132		28-UF RJ		29-Código CBO S		30-Faturar Empresa	
Plano de Tratamento / Processamentos Solicitados									
30-Tabella		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face	
1-00018300000089		EXODONTIA SIMPLES DE		64		1		173100	
2-									
3-									
4-									
5-									
6-									
7-									
8-									
9-									
10-									
11-									
12-									
13-									
14-									
15-									
43-Data Previsão Término do Tratamento									
/ /		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$	
/ /		1-1-Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-Urgência/Emergência	
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(ram) 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

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

13/07/2017 12:01 - Gabriel Moreira da Silva

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

13/07/2017 12:01 - Marilene Moreira Cunha

Dra. Marilene Moreira Cunha
ORTODONTIA E ODONTOPEDIATRIA
CRO/RJ 8132