

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AN

343276
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/17 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50178145	7-Data Validade da Senha 12/10/17 12:01
--------------------------	---	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira 11/11/17 11:11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
8-Número da Carteira 0037000000024296093	9-Plano POS REDE PRESTADORA	13-Nome MATEUS DE OLIVEIRA DA CUNHA		14-Teléfono () - - - - -	
15-Data de Autorização 12/10/17 12:01		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARILENE MOREIRA CUNHA	
18-Número da Carteira 0037000000024296093		19-Plano POS REDE PRESTADORA		20-Data de Realização 23/10/2006	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45760381768		22-Nome do Contratado Excutante MARILENE MOREIRA CUNHA		23-Data de Realização 23/10/2006	
24-Nome do Profissional Excutante MARILENE MOREIRA CUNHA		25-Código CBO S 8132		26-Código CBO S 8132	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 8132		19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
16-Atendimento a RN N		21-Número no CRO 8132		22-UF RJ	23-Código CBO S 8132
24-Nome do Contratado Excutante MARILENE MOREIRA CUNHA		25-Número no CRO 8132		26-UF RJ	27-Código CBO S 8132
28-Nome do Profissional Excutante MARILENE MOREIRA CUNHA		29-Número no CRO 8132		30-UF RJ	31-Código CBO S 8132

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição									
1-01081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-010810000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-010820000832	EXODONTIA DE PERMANENTE	24	1	1	73,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/17 11:11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 121,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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), folharam 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 10/10/18 11:20 J. Monteiro	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/18 11:20 J. Monteiro	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/18 11:20 J. Monteiro	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/17 11:11
---------------	---	---	---	---

ORTODONTIA E ODONTOPEDIATRIA
CRO/RJ 8132