



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

384229
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/2019	4-Data de Autorização 12/08/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50194738	7-Data Validade da Senha 12/11/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10103700000000202607011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700601422561665
---	--------------------------------	---	--	--

13-Nome
CLAUDIO BATISTA DE SOUZA

14-Teléfono ()	15-Nome do titular do plano ANA LUCIA GONCALVES
--------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA	18-Número no CRO 8683	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	---	--------------------------	-------------	--------------------------

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
171516115112161787111

22-Nome do Contratado Executante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA	23-Número no CRO 8683	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante
ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA

27-Número no CRO 8683	28-UF RJ	29-Código CBO S
--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
1-01018110000000301		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	134,00	0,00	0,00		10/10/2019	cur
2-0101815300000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00		10/10/2019	cur
3-0101815300000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00		10/10/2019	cur
4-0101815300000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00		10/10/2019	cur
5-0101815300000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00		10/10/2019	cur
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/10/2019	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 1178,00	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 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 10/10/2019, Curitiba, Angela Maria Couto	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/2019, Curitiba, Paulo V. T. F. de	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2019, Curitiba, Ana Lucia Gonçalves
---	--	--

Dr. Angela Maria Couto

Cirurgião - Dentista

53-Data, local e Carimbo de Emprego
10/10/2019, Curitiba, R\$ 8683