

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



409867
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 03/11/20		4-Data de Autorização 03/11/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50203302		7-Data Validade da Senha 01/02/21			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 0037994062852350				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 700506785820456			
13-Nome MAIDIR MARTINS NASCIMENTO				14-Telefone 03/09/1948		15-Nome do titular do plano MAIDIR MARTINS NASCIMENTO							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA				18-Número no CRO 39704		19-UF RJ		20-Código CBO S			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12816546713		22-Nome do Contratado Executante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA				23-Número no CRO 39704		24-UF RJ		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA						27-Número no CRO 39704		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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			04/11/20			
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsão Término do Tratamento 04/11/20		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 34,00		47-Valor Total R\$ 0,00		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 pegar 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 04/11/20 Antonio Manuel Garcia da Rosa CRO/RJ-CD-39704			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 04/11/20 Antonio Manuel Garcia da Rosa CRO/RJ-CD-39704			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/20 Maider M. Nascimento			53-Data, local e Carimbo da Empresa				