

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



383283
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/05/2019		4-Data de Autorização 12/05/2019		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50194432		7-Data Validade da Sentença 12/04/2020	
8-Número da Carteira 10013799940621314723						9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A						11-Data Validade da Carteira 12/04/2020					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70900683851411						13-Nome HUGO SANTOS DA CUNHA					
14-Teléfono () - - - - -						15-Nome do titular do plano HUGO SANTOS DA CUNHA					
16-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTO RADIOLOGICA COPA 500 LTDA					
18-Número no CRO 15486						19-UF RJ					
20-Código CBO S 09						21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 100140248706					
22-Nome do Contratado Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES						23-Número no CRO 15486					
24-UF RJ						25-Código CNES (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD (I) 81000405					
26-Nome do Profissional Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES						27-Número no CRO 15486					
28-UF RJ						29-Código CBO S (I) 81000375-RPE					
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-	00	811000375			1	14,00	0,00			12/05/2019		
2-	00	811000375			1	14,00	0,00			12/05/2019		
3-	00	811000375			1	14,00	0,00			12/05/2019		
4-	00	811000375			1	14,00	0,00			12/05/2019		
5-	00	811000375			1	14,00	0,00			12/05/2019		
6-	00	811000375			1	14,00	0,00			12/05/2019		
7-	00	811000375			1	14,00	0,00			12/05/2019		
8-	00	811000375			1	14,00	0,00			12/05/2019		
9-	00	811000375			1	14,00	0,00			12/05/2019		
10-	00	811000375			1	14,00	0,00			12/05/2019		
11-	00	811000375			1	14,00	0,00			12/05/2019		
12-	00	811000375			1	14,00	0,00			12/05/2019		
13-	00	811000375			1	14,00	0,00			12/05/2019		
14-	00	811000375			1	14,00	0,00			12/05/2019		
15-	00	811000375			1	14,00	0,00			12/05/2019		

43-Data Previsto Término do Tratamento 1/1/1/1/1/1	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 356,00	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), 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação