

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



390055

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/20	4-Data de Autorização 07/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50197300	7-Data Validade da Senha 03/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000020264502	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 702107798103090
13-Nome ANTONIO RICARDO CELESTINO BAST		14-Telefone 06/02/1961	15-Nome do titular do plano ANTONIO RICARDO CELESTINO BAST	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELIANE LOPES GUIMARAES	18-Número no CRO 16546	19-UF RJ	20-Código CBO S	Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85300039-011 (I) 85300039-014 (I) 85300039-012 (I) 85300039-013
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 84357452791	22-Nome do Contratado Executante ELIANE LOPES GUIMARAES	23-Número no CRO 16546	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ELIANE LOPES GUIMARAES		27-Número no CRO 16546	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-	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASD		1	44,00	0,00		S	14/10/20		
2-	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASE		1	44,00	0,00		S	14/10/20		
3-	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAIE		1	44,00	0,00		S	14/10/20		
4-	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAID		1	44,00	0,00		S	14/10/20		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 176,00	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 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--