

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

363633
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/05/2018		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50186579		7-Data Validade da Senha 23/11/20	
8-Número da Carteira 00370000016020688				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira 706808247659820	
12-Nome do Beneficiário CLARA CRISTINA DOS REIS SANTOS				13-Data de Nascimento 17/10/1961		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano CLARA CRISTINA DOS REIS SANTOS	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARCOS CARVALHO DA SILVA		18-Número no CRO 16315		19-U.F. RJ		20-Código CBO S 801 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 81381425704		22-Nome do Contratado Executante MARCOS CARVALHO DA SILVA		23-Número no CRO 16315		24-U.F. RJ		25-Código CNES Faturar Empresa	
26-Nome do Profissional Executante MARCOS CARVALHO DA SILVA		27-Número no CRO 16315		28-U.F. RJ		29-Código CBO S		(I) 81000421-RPSE	

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-Asinal
1-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	25		1	143,00	0,00	0,00	S	12/10/18	25	
2-00	8100421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	28,00	0,00	0,00	S	12/10/18	25	
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Quantificada US 171,00	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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos pre 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
12/10/18, 25

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/10/18, 25

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/18, 25

53-Data, local e Carimbo da Empresa