



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

321058
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/2016	4-Data de Autorização 10/05/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50157369	7-Data Validade da Senha 10/03/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 1000371000020312841	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 709608608818070
-----------------------	--	---	--------------------------------	---	--	--

13-Nome UMBERTO NASCIMENTO		14-Telefone 19/01/1971	15-Nome do titular do plano UMBERTO NASCIMENTO	
-------------------------------	--	---------------------------	---	--

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JACIEL DE SOUZA		18-Número no CRO 29423	19-UF SP	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3339590991649		22-Nome do Contratado Executante JACIEL DE SOUZA		23-Número no CRO 29423	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (11000421-
--	--	---	--	---------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante JACIEL DE SOUZA		27-Número no CRO 29423	28-UF SP	29-Código CBO S
---	--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	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 Causa	42-Assinatura
1-00181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/06/20		
2-00182000875		EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	09/06/20		
3-00181000421		RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	09/06/20		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 121,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do 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(ram) 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 09/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/06/20	53-Data, local e Causa da Empresa 09/06/20
--	---	---	---

Dr. Jaciel de Souza
CRO - SP 29423

Umberto Nascimento

Dr. Jaciel de Souza
CRO - SP 29423