

18



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º

267726
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
0 7 / 0 4 / 2 0

6-Número da Guia Principal
50141937

5-Sineta
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
0 9 / 0 1 / 2 0

3-Data de Emissão da Guia
0 8 / 0 1 / 2 0

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 3 7 0 0 0 0 2 1 3 6 2 0 1

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
706006824449443

13-Nome
JULIANA FARIAS ARNAUD SILVA

01/08/1988

14-Telefone
() 33 56 79 56

15-Nome do titular do plano
JULIANA FARIAS ARNAUD SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
JULIANA MACIEL SIERRA

18-Número no CRO
32925

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1 0 6 2 0 0 3 5 7 8 1

22-Nome do Contratado Executante
JULIANA MACIEL SIERRA

23-Número no CRO
32925

24-UF
RJ

25-Código CNES
Enviar - RX
(I) 81000375-RPD
(I) 81000375-RPE

26-Nome do Profissional Executante
JULIANA MACIEL SIERRA

27-Número no CRO
32925

28-UF
RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	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
1-0	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3 6 1 0 0	0,10	0,10	S	14/01/20	Jul
2-0	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3 6 1 0 0	0,10	0,10	S	14/01/20	Jul
3-0	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3 6 1 0 0	0,10	0,10	S	14/01/20	Jul
4-0	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3 6 1 0 0	0,10	0,10	S	14/01/20	Jul
5-0	0 1 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3 4 1 0 0	0,10	0,10	S	14/01/20	Jul
6-0	0 1 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	1 4 1 0 0	0,10	0,10	S	14/01/20	Jul
7-0	0 1 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	1 4 1 0 0	0,10	0,10	S	14/01/20	Jul
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 2 0 6 1 0 0	47-Valor Total R\$	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 14/01/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/01/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--