



Indicação para o(a) autor

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/2020	4-Data de Autorização 13/11/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50206123	7-Data Validade da Senha 11/11/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

418911
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10031799940630018486	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/2021	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700007468023309
--	--------------------------------	---	--	--

13-Nome ANGELA MARIA LOPES	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANGELA MARIA LOPES
-------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP	18-Número no CRO 20598	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

Faturar Empresa

Enviar - RX

(I) 85100200

(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
101116108168743 22-Nome do Contratado Executante ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP | 23-Número no CRO 20598 | 24-UF RJ | 25-Código CNES (I) 85100200 |

26-Nome do Profissional Executante
ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP 27-Número no CRO 20598 | 28-UF RJ | 29-Código CBO S (I) 85100200 |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Ranço	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	00185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VP	1	8,80	0,00	0,00	0,00	11/11/2020	0	
2	00185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VP	1	8,80	0,00	0,00	0,00	11/11/2020	0	
3	00185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VP	1	8,80	0,00	0,00	0,00	11/11/2020	0	
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/2020	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Orientológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Higiene/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1264,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação f 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, pr referenciais ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/2020 Anna Joubert	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/2020 Anna Joubert	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/2020
--	--	---	---