

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



1072453
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/07/2017	4-Data de Autorização 12/07/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10162859	7-Data Validade da Senha 12/01/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa UNION ADMINISTRADORA DE		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00020254574820001450145011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	13-Nome FLAVIA DE OLIVEIRA CAMPOS		14-Telefone () 11 11 11 11 11 11	15-Nome do titular do plano FLAVIA DE OLIVEIRA CAMPOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 41529		19-UF RJ	20-Código CBO S
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO	23-Número no CRO 41529		24-UF RJ	25-Código CNES 6389430
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 110882144000101713		22-Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLÓGICA ESPACO FAMILIA LTDA		26-UF RJ	27-Número no CRO 41529
26-Nome do Profissional Executante FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO		28-UF RJ		29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																		
30-Tabula	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						
1-00185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	16	M	1	61,00		0,00	S	12/10/2022		Flávia						
2-00185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00		0,00	S	12/10/2022		Flávia						
3-1																		
4-1																		
5-1																		
6-1																		
7-1																		
8-1																		
9-1																		
10-1																		
11-1																		
12-1																		
13-1																		
14-1																		
15-1																		

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 12100	47-Valor Total R\$ 0000000000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000000000
--	--	---	---------------------------------	----------------------------------	---

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 responsável e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), folhiam realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional responsável, 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 12/07/2017	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/07/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/07/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/07/2017
---------------	---	---	---	---

Flaviane Melo
Tel: (21) 2415-3881