



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



3-Registro ANS	4-Data de Emissão da Guia	5-Série	6-Número da Guia Principal	7-Data Validação da Guia
406414	10/10/2019	AUTORIZADO	50190397	10/11/2019

372771
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira	9-Data de Autotratamento	10-Empresa	11-Data Validação da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
01013719	09/14/2019	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	01/11/19	708908750222513

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano	16-Número no CRO	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO 5	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Excludente	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES	26-Nome do profissional Excludente	27-Número no CRO	28-Código CBO 5	29-UF	30-Código	31-Tabela	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frequência/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
SIMONE RODRIGUES DOS SANTOS RE	27/12/1976	SAVIO LIMA REIS	37362	ODONTO CRISTAL DENTISTAS	37362	RJ	06	081183611745	ANDRESSA LOURENCO PEREIRA DA COSTA SILVA	37362	RJ		ANDRESSA LOURENCO PEREIRA DA COSTA SILVA	37362				1-010181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1			47,00	0,00	S1111109/20	20			
																		2-010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1			38,00	0,00	S1111109/20	20			
																		3-010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1			38,00	0,00	S1111109/20	20			
																		4-010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1			38,00	0,00	S1111109/20	20			
																		5-010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1			38,00	0,00	S1111109/20	20			
																		6-1						0,00					
																		7-1						0,00					
																		8-1						0,00					
																		9-1						0,00					
																		10						0,00					
																		11						0,00					
																		12						0,00					
																		13						0,00					
																		14						0,00					
																		15						0,00					

43-Data Finalizada Tempo de Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Frequência / Co-participação R\$
11/08/2019	1-1: Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1: Total 2-Parcial	199,00		

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 previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Comentário

50-Operador e Assinatura do Operador/Donatário Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Definitivo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Contato da Empresa
11/08/2019	11/08/2019	11/08/2019	11/08/2019

Clinica Odontológica Gema Cristal Ltda - ME
CNPJ: 18.119.798/0001-50
CRO da Clinica: EPAO 3651