

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

370375
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 04/09/20		4-Data de Autorização 04/09/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50189478		7-Data Validade da Senha 03/12/20	
8-Número da Carteira 00379994062719448						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome VANESSA DE SOUZA RODRIGUES						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano VANESSA DE SOUZA RODRIGUES		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700207996162827	
16-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA ANDRADE DE SOUZA					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15375816784						22-Nome do Contratado Executante MAYARA ANDRADE DE SOUZA		18-Número no CRO 43192		19-UF RJ	
26-Nome do Profissional Executante MAYARA ANDRADE DE SOUZA						27-Número no CRO 43192		23-Número no CRO 43192		24-UF RJ	
28-UF RJ						25-Código CNES		29-Código CBO S		30-Código CBO S	
31-Data Validade da Carteira / /						32-Data Validade da Carteira / /					
33-Data Validade da Carteira / /						34-Data Validade da Carteira / /					
35-Data Validade da Carteira / /						36-Data Validade da Carteira / /					
37-Data Validade da Carteira / /						38-Data Validade da Carteira / /					
39-Data Validade da Carteira / /						40-Data Validade da Carteira / /					
41-Data Validade da Carteira / /						42-Data Validade da Carteira / /					
43-Data Validade da Carteira / /						44-Data Validade da Carteira / /					
45-Data Validade da Carteira / /						46-Data Validade da Carteira / /					
47-Data Validade da Carteira / /						48-Data Validade da Carteira / /					
49-Data Validade da Carteira / /						50-Data Validade da Carteira / /					
51-Data Validade da Carteira / /						52-Data Validade da Carteira / /					
53-Data Validade da Carteira / /						54-Data Validade da Carteira / /					
55-Data Validade da Carteira / /						56-Data Validade da Carteira / /					
57-Data Validade da Carteira / /						58-Data Validade da Carteira / /					
59-Data Validade da Carteira / /						60-Data Validade da Carteira / /					
61-Data Validade da Carteira / /						62-Data Validade da Carteira / /					
63-Data Validade da Carteira / /						64-Data Validade da Carteira / /					
65-Data Validade da Carteira / /						66-Data Validade da Carteira / /					
67-Data Validade da Carteira / /						68-Data Validade da Carteira / /					
69-Data Validade da Carteira / /						70-Data Validade da Carteira / /					
71-Data Validade da Carteira / /						72-Data Validade da Carteira / /					
73-Data Validade da Carteira / /						74-Data Validade da Carteira / /					
75-Data Validade da Carteira / /						76-Data Validade da Carteira / /					
77-Data Validade da Carteira / /						78-Data Validade da Carteira / /					
79-Data Validade da Carteira / /						80-Data Validade da Carteira / /					
81-Data Validade da Carteira / /						82-Data Validade da Carteira / /					
83-Data Validade da Carteira / /						84-Data Validade da Carteira / /					
85-Data Validade da Carteira / /						86-Data Validade da Carteira / /					
87-Data Validade da Carteira / /						88-Data Validade da Carteira / /					
89-Data Validade da Carteira / /						90-Data Validade da Carteira / /					
91-Data Validade da Carteira / /						92-Data Validade da Carteira / /					
93-Data Validade da Carteira / /						94-Data Validade da Carteira / /					
95-Data Validade da Carteira / /						96-Data Validade da Carteira / /					
97-Data Validade da Carteira / /						98-Data Validade da Carteira / /					
99-Data Validade da Carteira / /						100-Data Validade da Carteira / /					

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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
18/09/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
18/09/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
18/09/20

53-Data, local e Assinatura da Empresa
18/09/20