



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



364364
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2018 11:20	5-Sentida AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50186899	7-Data Validade da Sentida 12/04/2019 11:20
--------------------------	---	-------------------------	--	--

10-Data de Beneficiário 01/03/2019 09:14 01/06/2018 13:16	11-Data Validade da Carteira UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	12-Número da Carteira Nacional de Saúde 898004198450635
--	---	--

13-Nome LIVIA TORRES GUIMARAES	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano RITA DE CASSIA TORRES PEREIRA
-----------------------------------	--------------------	--

16-Data de contratação Responsável pelo Tratamento 16/04/2007	17-Data de contratação Responsável pelo Tratamento 16/04/2007
--	--

18-Nome do Profissional Solicitante VERONICA BARBOSA DE AZEVEDO CRUZ	19-Número no CRO 21231	20-Código CBO S 801
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0109081217713	22-Número no CRO 21231	23-Código CNES RJ
24-Nome do Profissional Excludente VERONICA BARBOSA DE AZEVEDO CRUZ	25-Número no CRO 21231	26-Código CBO S RJ

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Reação	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Emissão 42-Assinatura
1-01018110010030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	1	147,10	0,00		26/08/20	26/08/20
2-0101840010198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HASD		1	1	12,00	0,00		26/08/20	26/08/20
3-0101840010198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE		1	1	12,00	0,00		26/08/20	26/08/20
4-0101840010198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAIE		1	1	12,00	0,00		26/08/20	26/08/20
5-0101840010198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAID		1	1	12,00	0,00		26/08/20	26/08/20
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Períciação Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento; 2-Exame Radiológico; 3-Cirurgia; 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total; 2-Parcial	46-Valor Total R\$ 19,15	47-Valor Total R\$ 19,15	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 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 Grupo-Dentista Solicitante 26/08/20	51-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista 26/08/20	52-Data, local e Assinatura do Especialista / Responsável 26/08/20	53-Data, local e Assinatura do Empresa 26/08/20
---	---	---	--

Dra. Veronica Barbosa de Azevedo Cruz
CRO RJ 21231-1 RJ
Esp. O. do Trabalho