

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



364394
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 6 / 0 8 / 2 0	4-Data de Autorização / / / /	5-Senha PENDENTE DE ATO	6-Número da Guia Principal 50186928	7-Data Validade da Senha 2 4 / 1 1 / 2 0
--------------------------	--	----------------------------------	----------------------------	--	---

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 4 5 6 7 1 6 5	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705603450299816
13-Nome MARIANA MENDONCA DE OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIANA MENDONCA DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VALERIA LISBOA ILDEFONSO FERREIRA	18-Número no CRO 47497	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 7 1 2 1 9 4 7 7 0 6	22-Nome do Contratado Executante VALERIA LISBOA ILDEFONSO FERREIRA	23-Número no CRO 47497	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante VALERIA LISBOA ILDEFONSO FERREIRA		27-Número no CRO 47497	28-UF RJ	29-Código CBO S

30-Tabela	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-	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 1,0 0	1 4,2 6		P	/ /		
2-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	2 0,0 0	9,2 0		P	/ /		
3-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	2 0,0 0	9,2 0		P	/ /		
4-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	2 0,0 0	9,2 0		P	/ /		
5-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	2 0,0 0	9,2 0		P	/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 1 1,0 0	47-Valor Total R\$ 5 1,0 6	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	-------------------------------------	-------------------------------	--

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.

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--