

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



309044
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 8 / 0 4 / 2 0	4-Data de Autorização 2 8 / 0 4 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50162133	7-Data Validade da Senha 2 7 / 0 7 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário		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 700201903286630	
8-Número da Carteira 0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 0 8 5 8 5 4 8				13-Nome SHEILA CRISTINA DE SOUZA GOMES		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano SHEILA CRISTINA DE SOUZA GOMES	
				14/09/1975					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante PRISCILA PAMELA BRAGA JAMBO		18-Número no CRO 39875		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -	
16-Atendimento a RN N								Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 5 9 1 8 6 9 5 7 8 8		22-Nome do Contratado Executante PRISCILA PAMELA BRAGA JAMBO		23-Número no CRO 39875		24-UF RJ		25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85400220-21	
26-Nome do Profissional Executante PRISCILA PAMELA BRAGA JAMBO				27-Número no CRO 39875		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 5 4 0 0 2 2 0	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	21	1	1	2 9 9 , 0 0	0 , 0 0		S	13/05/20		Sheila
2-												
3-												
4-												
5-												
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 2 9 9 , 0 0	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	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 Rx amixado

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/05/20 Priscila	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/05/20 Priscila	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/05/20 Sheila	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--