



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-A

338037
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2017	4-Data de Autorização 13/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 50175951	7-Data Validade da Senha 11/11/2017
Dados do Beneficiário			12-Numero do Cartão Nacional de Saúde		
8-Numero da Carteira 00379994062816877			11-Data Validade da Carteira 11/11/17		
13-Nome ANTONIO PEREIRA GOMES DE SOUZA			10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		
14-Data de Nascimento 21/08/1992			15-Nome do titular do plano MONICA DA SILVA GONCALVES		
16-Atendimento a RN N			18-Numero no CRO 35792		
17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ALVARENGA DE REZENDE			19-UF RJ		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00799918126979			20-Código CBO S 414 - Faturar Empresa		
22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ALVARENGA DE REZENDE			24-UF RJ		
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ALVARENGA DE REZENDE			25-Código CNES 35792		
27-Numero no CRO 35792			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 Oclus 42-Assinatura
1	001851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	0,00		20/07/17	JA
2	001851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00	0,00		20/07/17	JA
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/17	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 112,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 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(ram) 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 Profissional Responsável 12/07/17	51-Data local e Assinatura do Contratado 12/07/17	52-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável 12/07/17	53-Data local e Assinatura do Encarregado 12/07/17
--	--	--	---

Dr. Fernanda Alvarenga
Dr. Fernanda Alvarenga
Dr. Fernanda Alvarenga
Dr. Fernanda Alvarenga

Dié.