

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

|                          |                                         |                                     |                       |                                        |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>09/11/2019 | 4-Data de Autorização<br>09/11/2019 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50138076 | 7-Data Validade da Senha<br>08/10/2019 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|

258794  
INTERCÂMBIO

|                       |  |                                         |  |                                          |  |                                       |  |
|-----------------------|--|-----------------------------------------|--|------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| Dados do Beneficiário |  | 10-Empresa<br>UNIMED SAUDE E ODONTO S/A |  | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 |  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |  |
|-----------------------|--|-----------------------------------------|--|------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|

|                                                 |  |                          |  |                                                                     |  |
|-------------------------------------------------|--|--------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|
| 13-Nome<br>ANTONIA DE MARIA FERREIRA DOS SANTOS |  | 14-Teléfono<br>969693443 |  | 15-Nome do titular do plano<br>ANTONIA DE MARIA FERREIRA DOS SANTOS |  |
|-------------------------------------------------|--|--------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                             |  |                                                              |  |                           |  |             |  |                 |  |                                                                                 |  |
|-------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|---------------------------|--|-------------|--|-----------------|--|---------------------------------------------------------------------------------|--|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                    |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>JULIANA MACIEL SIERRA |  | 18-Número no CRO<br>32925 |  | 19-UF<br>RJ |  | 20-Código CBO S |  | 801 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(I) 81000375-RPE<br>(I) 81000375-RPD |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>110620035781         |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>JULIANA MACIEL SIERRA    |  | 23-Número no CRO<br>32925 |  | 24-UF<br>RJ |  | 25-Código CNES  |  |                                                                                 |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>JULIANA MACIEL SIERRA |  |                                                              |  | 27-Número no CRO<br>32925 |  | 28-UF<br>RJ |  | 29-Código CBO S |  |                                                                                 |  |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 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 |
|---------------|---------------------------|--------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------------------|
| 1-00181000030 |                           | CONSULTA ODONTOLÓGICA    |                 |         | 1      | 1                | 34,00    | 0,00                            |        | 11/11/19              | Juliana                          |
| 2-00185300047 |                           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL  | HASE            |         | 1      | 1                | 36,00    | 0,00                            |        | 11/11/19              | Juliana                          |
| 3-00185300047 |                           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL  | HAIE            |         | 1      | 1                | 36,00    | 0,00                            |        | 11/11/19              | Juliana                          |
| 4-00185300047 |                           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL  | HAID            |         | 1      | 1                | 36,00    | 0,00                            |        | 11/11/19              | Juliana                          |
| 5-00185300047 |                           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL  | HASD            |         | 1      | 1                | 36,00    | 0,00                            |        | 11/11/19              | Juliana                          |
| 6-00181000375 |                           | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPE             |         | 1      | 1                | 14,00    | 0,00                            |        | 11/11/19              | Juliana                          |
| 7-00181000375 |                           | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPD             |         | 1      | 1                | 14,00    | 0,00                            |        | 11/11/19              | Juliana                          |
| 8-            |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 9-            |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 10            |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 11            |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 12            |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 13            |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 14            |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 15            |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |

|                                                    |                                                                                                              |                                             |                                  |                    |                                         |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>11/11/11 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>206,00 | 47-Valor Total R\$ | 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 no 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

Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

|                                                                               |                                                                   |                                                                                                            |                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>11/11/19 que | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/11/19 que | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/11/19 Antonia de Maria Ferreira dos Santos | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>11/11/11 |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|