

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



OK  
2-Nº

|                                                              |                           |                                                                                                            |                 |                                             |        |                                                    |          |                                                          |        |                                                 |                                  |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------|----------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                     |                           | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/09/10 10:20                                                                |                 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                       |        | 6-Número da Guia Principal<br>50199902             |          | 7-Data Validade da Senha<br>17/10/11 12:11               |        | 398499<br>INTERCÂMBIO                           |                                  |
| Dados do Beneficiário                                        |                           |                                                                                                            |                 |                                             |        |                                                    |          |                                                          |        |                                                 |                                  |
| 8-Número da Carteira<br>10037919406548432                    |                           | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                                                             |                 | 10-Empresa<br>UNIMED RIO COOPERATIVA        |        | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                |          | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>706408199205784 |        |                                                 |                                  |
| 13-Nome<br>ANTONIO CARLOS FALEIRO                            |                           | 23/12/1965                                                                                                 |                 | 14-Telefone<br>( ) -                        |        | 15-Nome do titular do plano<br>MARTA SILVA SARAIVA |          |                                                          |        |                                                 |                                  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento              |                           |                                                                                                            |                 |                                             |        |                                                    |          |                                                          |        |                                                 |                                  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     |                           | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>JULIANA COSTA DA SILVA                                              |                 | 18-Número no CRO<br>41376                   |        | 19-UF<br>RJ                                        |          | 20-Código CBO S                                          |        | 801 -<br>Faturar Empresa                        |                                  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1145133385788         |                           | 22-Nome do Contratado Excitante<br>JULIANA COSTA DA SILVA                                                  |                 | 23-Número no CRO<br>41376                   |        | 24-UF<br>RJ                                        |          | 25-Código CNES                                           |        |                                                 |                                  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>JULIANA COSTA DA SILVA |                           |                                                                                                            |                 | 27-Número no CRO<br>41376                   |        | 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 |
| 1-010811000030                                               |                           | CONSULTA ODONTOLÓGICA                                                                                      |                 |                                             | 1      | 34,00                                              | 0,00     |                                                          |        | 18/10/2010                                      |                                  |
| 2-010814000198                                               |                           | PROFILAXIA: POLIMENTO                                                                                      | HASD            |                                             | 1      | 35,00                                              | 0,00     |                                                          |        | 18/10/2010                                      |                                  |
| 3-010814000198                                               |                           | PROFILAXIA: POLIMENTO                                                                                      | HAID            |                                             | 1      | 35,00                                              | 0,00     |                                                          |        | 18/10/2010                                      |                                  |
| 4-010814000198                                               |                           | PROFILAXIA: POLIMENTO                                                                                      | HAIE            |                                             | 1      | 35,00                                              | 0,00     |                                                          |        | 18/10/2010                                      |                                  |
| 5-010814000198                                               |                           | PROFILAXIA: POLIMENTO                                                                                      | HASE            |                                             | 1      | 35,00                                              | 0,00     |                                                          |        | 18/10/2010                                      |                                  |
| 6-010814000198                                               |                           |                                                                                                            |                 |                                             |        |                                                    |          |                                                          |        |                                                 |                                  |
| 7-010814000198                                               |                           |                                                                                                            |                 |                                             |        |                                                    |          |                                                          |        |                                                 |                                  |
| 8-010814000198                                               |                           |                                                                                                            |                 |                                             |        |                                                    |          |                                                          |        |                                                 |                                  |
| 9-010814000198                                               |                           |                                                                                                            |                 |                                             |        |                                                    |          |                                                          |        |                                                 |                                  |
| 10-010814000198                                              |                           |                                                                                                            |                 |                                             |        |                                                    |          |                                                          |        |                                                 |                                  |
| 11-010814000198                                              |                           |                                                                                                            |                 |                                             |        |                                                    |          |                                                          |        |                                                 |                                  |
| 12-010814000198                                              |                           |                                                                                                            |                 |                                             |        |                                                    |          |                                                          |        |                                                 |                                  |
| 13-010814000198                                              |                           |                                                                                                            |                 |                                             |        |                                                    |          |                                                          |        |                                                 |                                  |
| 14-010814000198                                              |                           |                                                                                                            |                 |                                             |        |                                                    |          |                                                          |        |                                                 |                                  |
| 15-010814000198                                              |                           |                                                                                                            |                 |                                             |        |                                                    |          |                                                          |        |                                                 |                                  |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ /                |                           | 44-Tipo de Atendimento<br>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>174,00                   |          | 47-Valor Total R\$<br>0,00                               |        | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>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 Cirurgião-Dentista Solicitante<br>20/10/2010 Juliana C. da Silva | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>13/11/10/2010 Juliana C. da Silva | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>13/11/10/2010 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>Dra. Juliana Costa<br>Cirurgiã-Dentista<br>CBO: 41376 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|