

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº

**394440
INTERCÂMBIO**



1-Registro ANB 408414 3-Data de Emissão da Guia 13/11/2012 4-Data de Autorização 13/11/2012 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50198479 7-Data Validade da Série 11/10/11/21 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702805123532661

8-Data de Benefício 01/03/13 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Nome do titular do plano MARIA ANTONIA PALADINO RIBEIRO

13-Nome MARIA ANTONIA PALADINO RIBEIRO 14-Telefone 28/01/1951 15-Número no CRO 22644 16-Número no CRO 22644 17-Nome do Profissional Solicitante ANDREA BATISTA FERES 18-UF RJ 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21-Código na Carteira / CBO / CPE 1017105121177012 22-Nome do Contratado Executante ANDREA BATISTA FERES 23-Número no CRO 22644 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Código CBO S 27-Número no CRO 22644 28-UF RJ 29-Código CBO S 30-UF RJ

29-Nome do Profissional Solicitante ANDREA BATISTA FERES 30-UF RJ 31-Código na Carteira / CBO / CPE 1017105121177012 32-Nome do Contratado Executante ANDREA BATISTA FERES 33-Número no CRO 22644 34-UF RJ 35-Código CNES 36-Código CBO S 37-UF RJ 38-Franchise/Co-participação R\$ 39-Ant 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

43-Data Privada Termino do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franchise / Co-participação R\$

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010	810	CONSULTA ODONTOLÓGICA	11	47	010	010	010	010	010	010	010	
2-010	813	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	11	75	010	010	010	010	010	010	010	
3-010	813	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	11	75	010	010	010	010	010	010	010	
4-010	813	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	11	75	010	010	010	010	010	010	010	
5-010	813	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	11	75	010	010	010	010	010	010	010	
6-010	813	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	11	75	010	010	010	010	010	010	010	
7-010	813	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	11	75	010	010	010	010	010	010	010	
8-010	813	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	11	75	010	010	010	010	010	010	010	
9-010	813	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	11	75	010	010	010	010	010	010	010	
10-010	813	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	11	75	010	010	010	010	010	010	010	
11-010	813	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	11	75	010	010	010	010	010	010	010	
12-010	813	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	11	75	010	010	010	010	010	010	010	
13-010	813	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	11	75	010	010	010	010	010	010	010	
14-010	813	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	11	75	010	010	010	010	010	010	010	
15-010	813	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	11	75	010	010	010	010	010	010	010	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em referência ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observações

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