



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

414912
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/2011	4-Data de Autorização 09/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50204827	7-Data Validade da Senha 07/02/2012										
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 0037000026660361	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 70800788061721											
13-Nome GESSI LUZIE DA SILVA ARAUJO		14-Telefone 03/10/1960	15-Nome do titular do plano GESSI LUZIE DA SILVA ARAUJO												
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA LUNA PEDROSA DOMINGUES		18-Número no CRO 45822	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa										
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12723254747		22-Nome do Contratado Executante AMANDA LUNA PEDROSA DOMINGUES		23-Número no CRO 45822	24-UF RJ										
25-Nome do Profissional Executante AMANDA LUNA PEDROSA DOMINGUES		27-Número no CRO 45822		28-UF RJ	29-Código CBO S (I) 85100200 (II) 85100218 (III) 85100200										
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 de Glosa	42-Assinatura			
1	00851002010	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	88,00	0,00	0,00		09/11/2011					
2	00851002018	RESTAURAÇÃO RESINA	35	VOL	1	12,00	0,00	0,00		09/11/2011					
3	00851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	6,00	0,00	0,00		09/11/2011					
4	00851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	6,00	0,00	0,00		09/11/2011					
5	00851002010	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00	0,00		09/11/2011					
6	00851002018	RESTAURAÇÃO RESINA	47	MOD	1	12,00	0,00	0,00		09/11/2011					
7	00851002010	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OV	1	88,00	0,00	0,00		09/11/2011					
8	00851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	6,00	0,00	0,00		09/11/2011					
9	00851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	6,00	0,00	0,00		09/11/2011					
10															
11															
12															
13															
14															
15															
43-Data Previsto Término do Tratamento 09/11/2011						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 752,00		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 Cirurgião-Dentista Solicitante 09/11/2011 JLP				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/2011 ROP				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/2011 GSA				53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/11/2011			

Dra. Amanda Luna
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ - CD 45822



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3AP

420519
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 17/11/2019	3-Data de Autorização 17/11/2019	4-Sistema AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 50206611	6-Data Validade da Guia 15/12/2019																																																		
Dados do Beneficiário																																																							
8-Número da Carteira 000379994060806769	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/2019	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708101625125940																																																			
13-Nome DANIELI FERNANDES NEVES DE ALM		14-Telefone 15/02/1979	15-Nome do titular do plano DANIELI FERNANDES NEVES DE ALM																																																				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																																																							
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA LUNA PEDROSA DOMINGUES		18-Número do CRO 45822	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -																																																		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12723254747		22-Nome do Contratado Executante AMANDA LUNA PEDROSA DOMINGUES	23-Número do CRO 45822	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa																																																		
26-Nome do Profissional Executante AMANDA LUNA PEDROSA DOMINGUES		27-Número do CRO 45822	28-UF RJ	29-Código CBO B																																																			
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 de Glosa	42-Assinatura																																											
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA				34,00	0,00	0,00		19/11/2019																																													
2-0081530047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			36,00	0,00	0,00		19/11/2019																																													
3-0081530047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			36,00	0,00	0,00		19/11/2019																																													
4-0081530047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			36,00	0,00	0,00		19/11/2019																																													
5-0081530047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			36,00	0,00	0,00		19/11/2019																																													
6-																																																							
7-																																																							
8-																																																							
9-																																																							
10-																																																							
11-																																																							
12-																																																							
13-																																																							
14-																																																							
15-																																																							
43-Data Previsto Término do Tratamento 17/11/2019						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 178,00		47-Valor Total R\$ 0,00		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(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 19/11/2019														51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 19/11/2019														52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 19/11/2019														53-Data, local e Carimbo de Empresa 19/11/2019													

Dra. Amanda Luna
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ - CD 45822