

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



361965  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                                  |                                      |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>22/08/20 | 4-Data de Autorização<br>22/08/20 | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO | 6-Número da Guia Principal<br>361965 | 7-Data Validade da Senha<br>20/11/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                |                                         |                                     |                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00379994058786969 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>UNIMED SAUDE E ODONTO S/A | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>702906512277476 |
|-------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|

|                                 |                               |                                                     |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>MARIA TEREZINHA MAIA | 14-Telefone<br>(21) 994132062 | 15-Nome do titular do plano<br>MARIA TEREZINHA MAIA |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                          |                                                                |                           |             |                          |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ROBERTA BORGES PINHEIRO | 18-Número no CRO<br>32943 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>801 - |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|--------------------------|

|                                                    |                                                             |                           |             |                |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>10208688722 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ROBERTA BORGES PINHEIRO | 23-Número no CRO<br>32943 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNES |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|

|                                                               |                           |             |                 |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ROBERTA BORGES PINHEIRO | 27-Número no CRO<br>32943 | 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-        | 0081000057                | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE  |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | N      | 22/08/20              |                    |               |
| 2-        | 0085400084                | COROA PROVISÓRIA SEM PINO | 22              |         | 1      | 154,00           | 0,00     |                                 | N      | 22/08/20              |                    |               |
| 3-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>22/08/20 | 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>188,00 | 47-Valor Total R\$<br>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 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, o valor referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

|                                            |                                                                           |                                                                             |                                                                       |                                                 |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 49-Observação<br>08/09/1959<br>32940948920 | 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>22/08/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>22/08/20<br>CRO: 32943 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>22/08/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>22/08/20 |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

DENTIMPLANTE ODONTOLÓGICA  
URGÊNCIA 24 HORAS

Rua Dias da Cruz, 720  
Méier - CEP 20720-013  
Rio de Janeiro - RJ