

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



323943  
INTERCÂMBIO

|                          |                                              |                                          |                      |                                        |                                             |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>1 3 / 0 6 / 2 0 | 4-Data de Autorização<br>2 2 / 0 6 / 2 0 | 5-Senha<br>CONCLUÍDO | 6-Número da Guia Principal<br>50170718 | 7-Data Validade da Senha<br>1 1 / 0 9 / 2 0 |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                         |                                |                                         |                                                  |                                                          |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0 0 3 7 0 0 0 0 2 7 1 7 8 1 7 2 | 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>709209285670438 |
| 13-Nome<br>LISIANE DE LIMA CASSERES DOS S               | 13/01/1966                     | 14-Telefone<br>( ) -                    | 15-Nome do titular do plano<br>ELON FREITAS LIMA |                                                          |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                            |                                                                          |                           |             |                       |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                   | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>IRDO                              | 18-Número no CRO<br>29366 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>09 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>0 8 1 6 0 8 9 7 7 9 0               | 22-Nome do Contratado Executante<br>LEONARDO DAS NEVES MOREIRA GUIMARAES | 23-Número no CRO<br>29366 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNES        |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LEONARDO DAS NEVES MOREIRA GUIMARAES |                                                                          | 27-Número no CRO<br>29366 | 28-UF<br>RJ | 29-Código CBO S       |

801 -  
Faturar Empresa

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-        | 0 0   8 1 0 0 0 2 9 4     | LEVANTAMENTO |                 |         | 1      | 2 2 2 , 0 0      | 0 , 0 0  |                                 | S      | 0 1 / 0 7 / 2 0       |                     |               |
| 2-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                     |               |
| 3-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                     |               |
| 4-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                     |               |
| 5-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                     |               |
| 6-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                     |               |
| 7-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                     |               |
| 8-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                     |               |
| 9-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                     |               |
| 10        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                     |               |
| 11        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                     |               |
| 12        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                     |               |
| 13        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                     |               |
| 14        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                     |               |
| 15        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                     |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                       |                               |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------|
| 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>2 2 2 , 0 0 | 47-Valor Total R\$<br>0 , 0 0 | 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/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<br>Guia externa alterada. |  |  |  |
|-----------------------------------------|--|--|--|

|                                                                      |                                                          |                                                                  |                                            |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>/ / | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|