



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

413140  
INTERCÂMBIO

|                                                                           |                                              |                                         |                                          |                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                  | 4-Data de Emissão da Guia<br>10/06/11 11/210 | 5-Sintra<br>AUTORIZADO                  | 6-Número da Guia Principal<br>50204238   | 7-Data Validação da Sintra<br>04/10/12 11/211            |
| Dados do Beneficiário                                                     |                                              |                                         |                                          |                                                          |
| 8-Número da Carteira<br>100317000000231251270                             | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA               | 10-Empresa<br>UNIMED SAUDE E ODONTO S/A | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>706804299036626 |
| 13-Nome<br>LILIAN DAS NEVES DE ARAUJO FEI                                 |                                              |                                         |                                          |                                                          |
| 14-1 Telefone<br>( )                                                      |                                              |                                         |                                          |                                                          |
| 15-Nome do titular do plano<br>LILIAN DAS NEVES DE ARAUJO FEI             |                                              |                                         |                                          |                                                          |
| 16-Endereço a RN<br>THAMAIRES RODRIGUES LAGRIMANTE                        |                                              |                                         |                                          |                                                          |
| 17-Endereço do Profissional Solicitante<br>THAMAIRES RODRIGUES LAGRIMANTE |                                              |                                         |                                          |                                                          |
| 18-Número no CRO<br>49529                                                 |                                              |                                         |                                          |                                                          |
| 19-UF<br>RJ                                                               |                                              |                                         |                                          |                                                          |
| 20-Código CBO S<br>801 -                                                  |                                              |                                         |                                          |                                                          |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1160511517177510                   |                                              |                                         |                                          |                                                          |
| 22-Nome do Contratado Exculante<br>THAMAIRES RODRIGUES LAGRIMANTE         |                                              |                                         |                                          |                                                          |
| 23-Número no CRO<br>49529                                                 |                                              |                                         |                                          |                                                          |
| 24-UF<br>RJ                                                               |                                              |                                         |                                          |                                                          |
| 25-Código CBO S                                                           |                                              |                                         |                                          |                                                          |
| 26-Nome do Profissional Exculante<br>THAMAIRES RODRIGUES LAGRIMANTE       |                                              |                                         |                                          |                                                          |
| 27-Número no CRO<br>49529                                                 |                                              |                                         |                                          |                                                          |
| 28-UF<br>RJ                                                               |                                              |                                         |                                          |                                                          |
| 29-Código CBO S                                                           |                                              |                                         |                                          |                                                          |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Régio | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Guia 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|---------------------------------|
| 1-10      | 01810000065               | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                |         | 1      | 34,00            |          |                                 |        | 06/11/20              | 48                              |
| 2-10      | 01840000198               | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD           |         | 1      | 35,00            |          |                                 |        | 06/11/20              | 48                              |
| 3-10      | 01840000198               | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE           |         | 1      | 35,00            |          |                                 |        | 06/11/20              | 48                              |
| 4-10      | 01840000198               | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE           |         | 1      | 35,00            |          |                                 |        | 06/11/20              | 48                              |
| 5-10      | 01840000198               | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID           |         | 1      | 35,00            |          |                                 |        | 06/11/20              | 48                              |
| 6-1       |                           |                       |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       | 48                              |
| 7-1       |                           |                       |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 8-1       |                           |                       |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 9-1       |                           |                       |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 10        |                           |                       |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 11        |                           |                       |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 12        |                           |                       |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 13        |                           |                       |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 14        |                           |                       |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 15        |                           |                       |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |

|                                                    |                                                                                                                |                                               |                             |                            |                                                 |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>08/11/11 | 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-Valor Total US<br>174,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00 |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|

|               |                                                                                  |                                                                                  |                                                                               |                                                                             |                                                                                        |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 49-Observação | 50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>06/11/11 Thamires Lagrimante | 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>06/11/11 Thamires Lagrimante | 52-Data local e Assinatura do Beneficiário/Responsável<br>06/11/11 Lilian Fei | 53-Data local e Assinatura da Empresa<br>06/11/11 UNIMED SAUDE E ODONTO S/A | 54-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante<br>06/11/11 Thamires Lagrimante |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|