



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº

Inutilizado para você emitir

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 2 / 0 1 / 2 0	4-Data de Autorização 2 2 / 0 1 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50145541	7-Data Validade da Senha 2 1 / 0 4 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

275407
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70000458862803	
8-Número da Carteira 0 0 3 7 9 9 4 0 6 1 6 4 4 0 4 5	9-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade da Carteira / / /		15-Nome do titular do plano JULIANA COSTA DA SILVA SEGADAS	

13-Nome JULIANA COSTA DA SILVA SEGADAS		14-Telefone () / /	
---	--	------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 32925		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -			
16-Atendimento a RV N		17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA MACIEL SIERRA		23-Número no CRO 32925		24-UF RJ		25-Código CNES Enviar - RX	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 0 6 2 0 1 3 5 7 8 1		22-Nome do Contratado Executante JULIANA MACIEL SIERRA		27-Número no CRO 32925		28-UF RJ		29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante JULIANA MACIEL SIERRA									

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 Guia	42-Assinatura				
1-000810000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00		0,00	S	11/01/20		<i>[assinatura]</i>				
2-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00		0,00	S	11/01/20		<i>[assinatura]</i>				
3-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00		0,00	S	11/01/20		<i>[assinatura]</i>				
4-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00		0,00	S	11/01/20		<i>[assinatura]</i>				
5-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00		0,00	S	11/01/20		<i>[assinatura]</i>				
6-00081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00		0,00	S	11/01/20		<i>[assinatura]</i>				
7-00081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00		0,00	S	11/01/20		<i>[assinatura]</i>				
8-																
9-																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
43-Data Previsão Término do Tratamento			44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$					
1-11/11/11			1-1-Tratamento Odontológico		1-1-Total		206,00		0,00		0,00					

43-Data Previsão Término do Tratamento
/ / /

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
2 2 0 6 1 0 0

47-Valor Total R\$
0 0 0 0

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0 0 0 0

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

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 / / /
--	--	--	--