

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



364326  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia [2 6 / 0 8 / 12 0]	4-Data de Autorização [2 6 / 0 8 / 12 0]	5-Senha 50186871
Dados do Beneficiário		B-Número da Carteira 0 0 3 7 9 9 4 0 6 2 1 5 4 9 5 5 1 1		
13-Nome <b>RAPHAEL ALMEIDA DE ASSIS</b>		POS REDE PRESTADORA		
		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		
16-Aprendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante <b>CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA</b>	18-Número no CRM 24440	19-UF RJ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 0 5 9 1 6 2 8 8 7 1 9 1 1		22-Número do Contratado Executante <b>CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA</b>	23-Número no CRM 24440	24-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante <b>CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA</b>			25-Código CNES SI 310812020	26-Código CBO/S 801 - Faturar Empresa
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		27-Número no CRM 24440	28-UF RJ	29-Código CBO/S Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200
30-Tabela		31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região
				34-Fase
				35-Quid
				36-Quantidade US
				37-Valor
				38-Franquia/Co-participação RS
				39-Ant
				40-Data de Realização
				41-Motivo da Glosa
				42-Assinatura
43-Data Previsão Término do Tratamento [ ] / [ ] / [ ]		44-Tipo de Aprendimento [ ]	45-Tipo de Faturamento [ ]-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergêncica [ ]-1-Trial 2-Parcial	
			46-Total Quantidade US [ ] 4 4 7 , 0 0	
			47-Valor Total RS [ ] 0 , 0 0	
48-Observação Referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme scima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos conforme previsto em contrato.			49-Observação Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme scima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.	
50-Data, local e Assinatura do Odontólogo-Dentista Sólicitante 		51-Data, local e Assinatura do Odontólogo-Dentista Responsável 		
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 		53-Data, local e Cpf/Cnpj da Empresa 		