



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

328097  
INTERCAMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                        |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>22/10/2012 | 4-Data de Autorização<br>22/10/2012 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50171862 | 7-Data Validade da Senha<br>20/10/2012 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|

## Dados do Beneficiário

|                                          |                                |                                         |                                                      |                                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0037994059587587 | 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>704600617252825 |
| 13-Nome<br>JOSEFA ASSIS DA SILVA         |                                | 14-Telefone<br>( ) -                    | 15-Nome do titular do plano<br>JOSEFA ASSIS DA SILVA |                                                          |

## Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                              |                                                               |                           |             |                 |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ELIANE LOPES GUIMARAES | 18-Número no CRO<br>16546 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO 8 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>84357452791           | 22-Nome do Contratado Executante<br>ELIANE LOPES GUIMARAES    | 23-Número no CRO<br>16546 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNEB  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ELIANE LOPES GUIMARAES |                                                               | 27-Número no CRO<br>16546 | 28-UF<br>RJ | 29-Código CBO 8 |

Faturar Empresa  
Enviar - RX  
(IF) 85200140-15

## 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 de Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-        | 0085200140                | TRATAMENTO ENDODÔNTICO | 15              |         | 1      | 333,00           | 0,00     |                                 | S      | 22/10/2012            |                    | JA            |
| 2-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 16-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 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>333,00 | 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 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<br>22/10/2012 Eliane Lopes Guimaraes | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>22/10/2012 Eliane Lopes Guimaraes | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>22/10/2012 Josefa Assis da Silva | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|