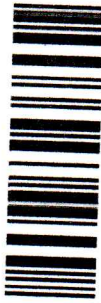


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

375406
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2019 12:00	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50191358	7-Data Validade da Sanha 11/05/2019 12:00
--------------------------	---	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 000375348050243008	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/05/2019 12:00	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700801410264588
--	--------------------------------	---	--	--

13-Nome SANDRA LUIZA DA SILVA NOBREGA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano SANDRA LUIZA DA SILVA NOBREGA
--	------------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE	18-Número no CRO 17808	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1720318632715	22-Nome do Contratado Executante MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE	23-Número no CRO 17808	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
--	--	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE	27-Número no CRO 17808	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

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
-----------	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	----------------------------------

1-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00	0,00			15/05/2019	210
2-000814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE			1	35,00	0,00			15/05/2019	210
3-000814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE			1	35,00	0,00			15/05/2019	210
4-000814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD			1	35,00	0,00			15/05/2019	210
5-000814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID			1	35,00	0,00			15/05/2019	210
6-00000000000											
7-00000000000											
8-00000000000											
9-00000000000											
10-00000000000											
11-00000000000											
12-00000000000											
13-00000000000											
14-00000000000											
15-00000000000											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/05/2019	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1174,00	47-Valor Total R\$	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 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 11/05/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/05/2019	54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 11/05/2019
---	---	---	---	--

Mª Zita de S. de Andrade
CRO 17.808