



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 1 3 / 1 1 0 / 1 2 0		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50198596		7-Data Validade da Senha 1 1 / 0 1 / 1 2 1		394799 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 5 4 8 6 4 9 5		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / / / / / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708704110023290			
13-Nome PRISCILLA DE OLIVEIRA RAMIREZ										15-Nome do titular do plano PRISCILLA DE OLIVEIRA RAMIREZ	
16-Atendimento a RN N										19-UF RJ	
17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA COSTA DA SILVA		22-Nome do Contratado Executante JULIANA COSTA DA SILVA		23-Número no CRO 41376		24-UF RJ		25-Código CNES		801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 4 5 3 3 3 8 5 7 8 8		26-Nome do Profissional Executante JULIANA COSTA DA SILVA		27-Número no CRO 41376		28-UF RJ		29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabella		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1- 0 0 1 8 1 0 0 0 0 1 6 5		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3 4 0 0		0 0 0		39-Aut 40-Data da Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
2- 0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO		HASD		1		3 5 0 0		0 0 0	
3- 0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE		1		3 5 0 0		0 0 0	
4- 0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO		HAID		1		3 5 0 0		0 0 0	
5- 0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO		HAIE		1		3 5 0 0		0 0 0	
6- / / / / / / / / / / / / / / / /											
7- / / / / / / / / / / / / / / / /											
8- / / / / / / / / / / / / / / / /											
9- / / / / / / / / / / / / / / / /											
10- / / / / / / / / / / / / / / / /											
11- / / / / / / / / / / / / / / / /											
12- / / / / / / / / / / / / / / / /											
13- / / / / / / / / / / / / / / / /											
14- / / / / / / / / / / / / / / / /											
15- / / / / / / / / / / / / / / / /											
43-Data Previsto Término do Tratamento / / / / / / / / / / / / / / / /											
44-Tipo de Atendimento / / / / / / / / / / / / / / / /											
45-Tipo de Faturamento / / / / / / / / / / / / / / / /											
46-Tipo de Faturamento / / / / / / / / / / / / / / / /											
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 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

Dra. Juliana Costa

Citireală Dentist

53-Data, local e Carimbo da Empresa

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante