

**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

2- Nº



**347782**  
**INTERCAMBIO**

1- Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/9/10 4-Data de Autorização 12/9/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50179916 7-Data Validade da Senha 12/7/11

**Dados do Beneficiário**

8-Número da Carteira 100317000031616928 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/7/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004665402401

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

13-Nome GABRIELA SERAFIM SILVA DE MATT 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano ROSA SERAFIM SILVA DE MATTOS

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA 18-Número no CRO 24440 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00596288719 22-Nome do Contratado Executante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 24440 24-UF RJ 25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100200

26-Nome do Profissional Executante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 24440 28-UF RJ 29-Código CBO S (I) 85100200 (II) 85100200

**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 Glosa	42-Assinatura
1-00	0851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	75	OM	1	88,10	0,00			04/08/2010		
2-00	0851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	74	OD	1	88,10	0,00			04/08/2010		
3-00	0851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	16,10	0,00			04/08/2010		
4-00	0851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	85	OM	1	88,10	0,00			13/08/2010		
5-00	0851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	84	O	1	16,10	0,00			13/08/2010		
6-00	0851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	16,10	0,00			13/08/2010		
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

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 Quantitativo US 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(ram) 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**

*OdontoProdutiv*

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/08/2010 [Assinatura] 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/2010 [Assinatura] 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 18/08/2010 [Assinatura] 53-Data, local e Assinatura da Empresa 18/08/2010 [Assinatura]