



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 2 8 / 0 9 / 1 2 0 0		5-Senha AUTORIZADO		5-Número da Guia Principal 50194829		7-Data Validade da Senha 2 7 / 1 1 / 2 0 0 0		384455 INTERCÂMBIO																																																	
Dados do Beneficiário																																																											
8-Número da Carteira 0 0 0 3 7 0 0 0 0 0 2 4 0 9 8 1 4 8 8		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira / / / / / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704004334434964																																																			
13-Nome FELIPE DA COSTA MENEZES										15-Nome do titular do plano FELIPE DA COSTA MENEZES																																																	
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 1 7 2 0 3 8 6 3 2 7 1 5		22-Nome do Contratado Executante MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE		23-Número no CRO 17808		24-UF RJ		25-Código CNES																																																			
26-Nome do Profissional Executante MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE		27-Número no CRO 17808		28-UF RJ		29-Código CBO S																																																					
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																																					
1-0 0 0 8 1 0 0 0 0 0 6 5		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3 4 0 0		0 0 0		S		1 2 8 / 1 0 9 / 2 0 0 0		1																																													
2-																																																											
3-																																																											
4-																																																											
5-																																																											
6-																																																											
7-																																																											
8-																																																											
9-																																																											
10																																																											
11																																																											
12																																																											
13																																																											
14																																																											
15																																																											
43-Data Previsão Término de Tratamento										44-Tipo de Atendimento										45-Tipo de Faturamento										46-Total Quantidade US										47-Valor Total R\$										48-Total Franquia / Co-participação R\$									
/ / / / / /										1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência										1- Total 2-Parcial										3 4 0 0										0 0 0 0																			
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																																																											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante										51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista										52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Representável										53-Data, local e Carimbo da Empresa										54-Data, local e Carimbo da Empresa																			
/ / / / / /										1 8 / 1 0 / 1 3 / 2 0 0 9										1 8 / 1 0 / 1 3 / 2 0 0 9										1 2 / 1 0 / 1 9 / 1 1 / 2 0 0 9										1 2 / 1 0 / 1 9 / 1 1 / 2 0 0 9										M ^{te} Zita de S. de Andrade CRO-17.808									