



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



334352
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 5 / 0 7 / 1 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50174454	7-Data Validade da Senha 0 3 / 1 0 / 1 2 0
--------------------------	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 0 2 1 8 4 4 4 4 8	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	
11-Data Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704608611651520	

13-Nome LILIANI KEPLER SANTA ROSA	
14-Teléfono () -	
15-Nome do titular do plano LILIANI KEPLER SANTA ROSA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Matrimônio a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA COSTA DA SILVA

21-Código na Operadora / ONP / CPF 1 4 5 3 3 3 8 5 7 8 8	22-Nome do Contratado Executante JULIANA COSTA DA SILVA
26-Nome do Profissional Executante JULIANA COSTA DA SILVA	27-Número no CRO 41376

20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
19-UF RJ	24-UF RJ
23-Número no CRO 41376	25-Código ONES
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
1-0	0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3 5,0 0	0,0 0	0,0 0	1	09/07/20	
2-0	0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3 5,0 0	0,0 0	0,0 0	1	09/07/20	
3-0	0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5,0 0	0,0 0	0,0 0	1	09/07/20	
4-0	0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3 5,0 0	0,0 0	0,0 0	1	09/07/20	
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

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 Quantidade US 1 4 0,0 0	47-Valor Total R\$ 0,0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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/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 09/07/20 Juliana C. de Silva	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/07/20 Juliana C. de Silva	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/07/20 Liliani Kepler Santa Rosa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/07/20	54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/07/20 CBO: 41376
---------------	---	---	---	---	--