

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



430225
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 1 1 / 2 0	4-Data de Autorização 3 0 / 1 1 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50209603	7-Data Validade da Senha 2 8 / 1 0 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 5 4 7 8 6 3 8	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709208286323536
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome MARINALVA PEREIRA COSTA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARINALVA PEREIRA COSTA
------------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA	18-Número no CRO 31345	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 5 4 7 6 3 1 8 7 1 2	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA	23-Número no CRO 31345	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200166-43
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA	27-Número no CRO 31345	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 da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 , 0 0	0 , 0 0		S	0 2 / 1 2 / 2 0		
2-	0 0 8 5 2 0 0 1 6 6	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	43		1	2 5 8 , 0 0	0 , 0 0		S	0 2 / 1 2 / 2 0		
3-												
4-												
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 2 9 2 , 0 0	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/11/20 Monique Ferreira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/20 Monique Ferreira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/20 X Marinalva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/11/20
--	--	---	---

Monique G. M. Ferreira
Cirurgiã Dentista / Endodontista
CRO-RJ 31345