

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



335214
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/07/20	4-Data de Autorização 07/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50174797	7-Data Validade da Senha 05/10/20
---------------------------------	--	--	------------------------------	---	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000008078400	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 07/07/20	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700006242238602
13-Nome FLAVIO GOMES DE MORAES		14-Telefone 29/06/1978	15-Nome do titular do plano FLAVIO GOMES DE MORAES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA LOPES MATOS	18-Número no CRO 40596	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06161544709	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA LOPES MATOS	23-Número no CRO 40596	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA LOPES MATOS		27-Número no CRO 40596	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.	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	03/07/20		
2.	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	03/07/20		
3.	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	03/07/20		
4.	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	03/07/20		
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsto Término do Tratamento 07/07/20	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 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	--	---	-----------------------------------	--

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 08/07/20 <i>Pro</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/07/20 <i>Pro</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/07/20 <i>Flavio</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/07/20
---	---	--	--

Drª Ana Carolina Matos
Cirurgiã - Dentista
CRO - RJ 40596