

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

382022
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2/3/10 9/12/01	4-Data de Autorização 2/3/10 9/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50193902	7-Data Validade da Senha 2/12/11 2/12/01
--------------------------	---	---	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708007871392425	
8-Número de Carteira 00031799940628617018		11-Data Validade de Carteira 1/1/11/1/11			

13-Nome DIOGO RIBEIRO ALVES		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano DIOGO RIBEIRO ALVES	
--------------------------------	--	------------------------------	--	--	--

16-Atendimento a RN LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA		19-Número no CRO 37184		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
--	--	---------------------------	--	--	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 161671262417753		23-Número no CRO 37184		25-Código CNES RJ	
--	--	---------------------------	--	----------------------	--

26-Nome do Profissional Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA		27-Número no CRO 37184		29-Código CBO S RJ	
---	--	---------------------------	--	-----------------------	--

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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 Glcra 42-Assinatura
1-00081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00		23/09/10	
2-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00		23/09/10	
3-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00		23/09/10	
4-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00		23/09/10	
5-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00		23/09/10	
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/09/10	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 1174,00	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 no 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 23/09/10 08:59/10 LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 23/09/10 LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/09/10 LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	53-Data, Local e Assinatura da Empresa 23/09/10 LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA
--	--	---	--

CRD-RJ - 37184