

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



343249
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/10 17/12/10	4-Data de Autorização 12/12/10 17/12/10	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50178122	7-Data Validade da Senha 12/10/11 01/12/10
--------------------------	--	--	-------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10103179994062305813	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701400607388535
13-Nome LUIZ PHELIPPE SOARES PERNASETT	14-Teléfono (11) 11111111	15-Nome do titular do plano LUIZ PHELIPPE SOARES PERNASETT		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUIZ ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	18-Número no CRO 37184	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 161726247753	22-Nome do Contratado Executante LUIZ ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	23-Número no CRO 37184	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LUIZ ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	27-Número no CRO 37184	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
1-0101811000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			22/07/10	
2-010184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00			22/07/10	
3-010184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00			22/07/10	
4-010184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00			22/07/10	
5-010184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00			22/07/10	
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/07/10	44-Tipo de Atendimento 1-1-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 12/07/10 LUIZ ALBERTO P. TABORDA CRO-RJ-37184	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 12/07/10 LUIZ ALBERTO P. TABORDA CRO-RJ-37184	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/07/10 LUIZ ALBERTO P. TABORDA CRO-RJ-37184	53-Data, Local e Assinatura da Empresa 12/07/10 ODC CLM
--	--	--	--