



transmissão para você sentir

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 0 8 / 1 1 / 0 1 2 0		4-Data de Autorização 0 9 / 1 1 / 0 1 2 0		5-Será AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50197882		7-Data Validade da Sentença 0 6 / 1 0 / 1 1 / 2 1		392523 INTERCÂMBIO													
Dados do Beneficiário																									
8-Número da Carteira 0 0 . 3 7 9 9 9 4 0 6 5 6 4 0 6 4 8				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / / / / / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702707107350360															
13-Nome LUIZ HENRIQUE CAMPOS				13-Data 03/05/1980		14-Telefone () / / - / - / - / - / - / -		15-Nome do titular do plano LUIZ HENRIQUE CAMPOS																	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																									
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante VERONICA BARBOSA DE AZEVEDO CRUZ				18-Número no CRO 21231		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa															
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 0 0 9 0 8 2 1 7 7 7 3		22-Nome do Contratado Excludente VERONICA BARBOSA DE AZEVEDO CRUZ				23-Número no CRO 21231		24-UF RJ		25-Código CNES															
26-Nome do Profissional Excludente VERONICA BARBOSA DE AZEVEDO CRUZ		27-Número no CRO 21231		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 de Glase		42-Assinatura	
1-0 0 8 1 0 0 0 0 3 0		CONSULTA ODONTOLÓGICA				1		4 7 0 0		0 0 0 0		S		06/11/20											
2-0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASD		1		3 8 0 0		0 0 0 0		S		06/11/20											
3-0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		1		3 8 0 0		0 0 0 0		S		06/11/20											
4-0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		1		3 8 0 0		0 0 0 0		S		06/11/20											
5-0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		1		3 8 0 0		0 0 0 0		S		06/11/20											
6- / / / / / /																									
7- / / / / / /																									
8- / / / / / /																									
9- / / / / / /																									
10- / / / / / /																									
11- / / / / / /																									
12- / / / / / /																									
13- / / / / / /																									
14- / / / / / /																									
15- / / / / / /																									
43-Data Previsto Término do Tratamento / / / / / /		44-Tipo de Atendimento 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		45-Tipo de Faturamento 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		46-Total Quantidade US 1 1 9 9 0 0		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		49-Total Franquia / Co-participação R\$		50-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(ram) realizado(s) por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores contratados, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Ag. Observed

50-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	06/11/20
51-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	06/11/20
52-Dados, local e Assinatura do Especialista / Responsável	06/11/20 x Duinbergkamp
53-Dados, local e Carimbo da Empresa	06/11/20