



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

398023
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/11 01/12/01	4-Data de Autorização 11/06/11 01/12/01	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50199771	7-Data Validade da Guia 11/06/11 01/12/01	2-Nº
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00037999940654309161	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/06/11 01/12/01	12-Número do Contrato Nacional de Saúde 700009118643102	

13-Nome VALDERIO RODRIGUES DE JESUS	14-Idade 25/12/1981	15-Nome do titular do plano ANA RAQUEL DE SOUSA LIMA DE JE
--	------------------------	---

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS	18-Número no CRO 26384	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código do Operadora / CNPJ / CPF 007110619767184		22-Nome do Contratado Executante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS	23-Número no CRO 26384	24-UF RJ	25-Código CHES
26-Nome do Profissional Executante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS		27-Número no CRO 26384	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Diagnóstico	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-010184010011981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	315101010	010101010	29/10/20			29/10/20		
2-010184010011981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	315101010	010101010	29/10/20			29/10/20		
3-010184010011981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	315101010	010101010	29/10/20			29/10/20		
4-010184010011981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	315101010	010101010	29/10/20			29/10/20		
5-11111111111111111111												
6-11111111111111111111												
7-11111111111111111111												
8-11111111111111111111												
9-11111111111111111111												
10-11111111111111111111												
11-11111111111111111111												
12-11111111111111111111												
13-11111111111111111111												
14-11111111111111111111												
15-11111111111111111111												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/06/11 01/12/01	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 114101010	47-Valor Total R\$ 10101010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10101010
---	---	---	-------------------------------------	--------------------------------	---

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 arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 Profissional Solicitante 11/06/11 01/12/01 Dra. Helena Moutinho Pimenta de Mattos Cirurgiã Dentista CRO RJ 26384	51-Data local e Assinatura do Profissional Assistente 11/06/11 01/12/01 Dra. Helena Moutinho Pimenta de Mattos Cirurgiã Dentista CRO RJ 26384	52-Data local e Assinatura do Profissional Assistente 11/06/11 01/12/01 Dra. Helena Moutinho Pimenta de Mattos Cirurgiã Dentista CRO RJ 26384	53-Data local e Assinatura do Profissional Assistente 11/06/11 01/12/01 Dra. Helena Moutinho Pimenta de Mattos Cirurgiã Dentista CRO RJ 26384
--	---	---	---