

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2018	4-Data de Autorização 12/05/2018	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50186471	7-Data Validade da Sentença 12/03/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	--	---

363301
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 100317000000008077161	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70670259614871
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---

13-Nome JORGE FERNANDO ROSA DE MATOS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JORGE FERNANDO ROSA DE MATOS
16-Atendimento a RN LAIS MIRANDA DO REGO BARROS		
17-Nome do Profissional Solicitante LAIS MIRANDA DO REGO BARROS	18-Número no CRO 40500	19-UF RJ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8398882534	22-Nome do Contratado Executante LAIS MIRANDA DO REGO BARROS	23-Número no CRO 40500
24-UF RJ	25-Código CNES	26-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
25-Nome do Profissional Executante LAIS MIRANDA DO REGO BARROS	27-Número no CRO 40500	28-UF RJ
29-Código CBO S		

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
1-00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3	4,00	12,00	12,00	12,00	08/08/2018		
2-00	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3	5,00	15,00	15,00	15,00	08/08/2018		
3-00	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3	5,00	15,00	15,00	15,00	08/08/2018		
4-00	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3	5,00	15,00	15,00	15,00	08/08/2018		
5-00	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3	5,00	15,00	15,00	15,00	08/08/2018		
6-00	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3	5,00	15,00	15,00	15,00	08/08/2018		
7-00	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3	5,00	15,00	15,00	15,00	08/08/2018		
8-00	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3	5,00	15,00	15,00	15,00	08/08/2018		
9-00	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3	5,00	15,00	15,00	15,00	08/08/2018		
10-00	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3	5,00	15,00	15,00	15,00	08/08/2018		
11-00	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3	5,00	15,00	15,00	15,00	08/08/2018		
12-00	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3	5,00	15,00	15,00	15,00	08/08/2018		
13-00	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3	5,00	15,00	15,00	15,00	08/08/2018		
14-00	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3	5,00	15,00	15,00	15,00	08/08/2018		
15-00	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3	5,00	15,00	15,00	15,00	08/08/2018		

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

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(ram) 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 12/10/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/10/2018
---	---	---	---

Dra. Laís Miranda
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ 40500