

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

382418
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Seta
12/3/11 12/12/10

6-Número da Guia Principal
50194030

5-Seta
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/4/10 9/12/10

3-Data de Emissão da Guia
12/4/10 9/12/10

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira
01031799940655306211

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
700203449422025

13-Nome
MIGUEL ANGELO SILVA ORNELLA

02/11/2015

14-Telefone
()

15-Nome do titular do plano
WANDERLEIA SILVA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
LUIS 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
LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA

23-UF
RJ

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
LUIS 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
1-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	65	O	1	61,00	0,00				24/09/10	Wanderleia
2-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	55	O	1	61,00	0,00				24/09/10	Wanderleia
3-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	75	O	1	61,00	0,00				24/09/10	Wanderleia
4-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	74	O	1	61,00	0,00				24/09/10	Wanderleia
5-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	85	O	1	61,00	0,00				24/09/10	Wanderleia
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$						
24/09/10	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	3051,00								

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(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.

48-Observação

Assinatura do Profissional Solicitante
LUIS ALBERTO P. S. TABORDA

Assinatura do Contratado Executante
LUIS ALBERTO P. S. TABORDA

Assinatura do Profissional Assistente
LUIS ALBERTO P. S. TABORDA

Assinatura do Profissional Assistente
LUIS ALBERTO P. S. TABORDA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
24/09/10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
24/09/10

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
24/09/10

53-Data, local e Assinatura da Empresa
24/09/10

54-Data, local e Assinatura da Empresa
24/09/10

55-Data, local e Assinatura da Empresa
24/09/10