

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



375916
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 15/10/2019 4-Data de Autorização 16/10/2019 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50191575 7-Data Validade da Sanha 14/12/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100379194065491766 9-Filho POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705008242519957

13-Nome

MOISES RIBEIRO DE PINHO 27/01/1993 14-Telefone (21) 91871-92639 15-Nome do titular do plano RAFAELA LIRA DE PINHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DENTCLINIC 18-Número no CRO 29605 19-UF RJ 20-Código CBO S 03 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1276856110884 22-Nome do Contratado Especulante CLARISSA DE SOUZA NETO 23-Número no CRO 29605 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Especulante

CLARISSA DE SOUZA NETO 27-Número no CRO 29605 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-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa	42-Assinatura
1-00	185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	V	1	6,10,00	10,00					
2-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,6,0,0	0,00					
3-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,6,0,0	0,00					
4-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,6,0,0	0,00					
5-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,6,0,0	0,00					
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcela 46-Total Quantidade US 205,10,00 47-Valor Total R\$ 0,10,00 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 em contrato, ainda que o(s) procedimento(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 16/10/2019 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/2019 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/2019 53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/10/2019 54-Data, local e Carimbo da Empresa 16/10/2019

Clarissa de Souza Neto Clarissa de Souza Neto foneo R. bin de Rto CRO RJ 29.605