



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 5 / 1 0 / 2 0	4-Data de Autorização 1 5 / 1 0 / 2 0	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50199453	7-Data Validade da Serinha 1 3 / 1 0 / 1 2 1	8-Número da Carteira 0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 5 4 3 0 9 7 0	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706900182465638	13-Nome GABRIEL DE SOUSA LIMA DE JESUS	14-Telefone () / /	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 -	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 7 1 0 6 9 7 6 7 8 4	22-Nome do Contratado Executante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS	23-Número no CRO 26384	24-UF RJ	25-Código CNES	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 1 0 0 1 8 1 0 0 0 0 3 0	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Old 3 4 1 0 0	36-Quantidade US	37-Valor 0 1 0 0	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut S	40-Data de Realização / /	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1 1	45-Tipo de Faturamento 1 1	46-Total Quantidade US 3 4 1 0 0	47-Valor Total R\$	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 e referidos no tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.																			49-Observação													
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / / / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / / / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / / /	53-Data, local e Curinho da Empresa / / / /																																			