

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



397060
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 15/11/2012 4-Data de Autorização 15/11/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50199443 7-Data Validade da Guia 13/01/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100379994065430988 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 701000871727792

13-Nome

YURI DE SOUSA LIMA DE JESUS 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano ANA RAQUEL DE SOUSA LIMA DE JE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS 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 na Operadora / CNPJ / CPF

1071106976784 HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS

22-Nome da 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

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
1-0	081001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento

11/11/11 1-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

34,00

47-Valor Total R\$

0,00

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 no 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.

49-Reservação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

11/11/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/11/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/11/11

53-Data, local e Carimbo da Empresa

11/11/11