

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/10/2012 4-Data de Autorização 13/10/2012 5-Sentença CONCLUÍDO 6-Número da Guia Principal 50158634 7-Data Validade da Sentença 11/06/2012 300996 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 003700000031639740 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 70560746644414

13-Nome IVAN SEBASTIAO DOS SANTOS BARR 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano IVAN SEBASTIAO DOS SANTOS BARR 16-Atendimento a RU 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 Enviar - RX (I) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16726247753 22-Nome do Contratado Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA 23-Número no CRO 37184 24-UF RJ 25-Código CINES 26-Nome do Profissional Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA 27-Número no CRO 37184 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Tabella 31-Código do Procedimento 1-00085100218 32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA 33-Dente/Região 12 PMV 34-Face 35-Old 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-	00085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	PMV	1	12200	0,00	0,00	0	11/04/2012	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 112200 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-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA 53-Data, local e Assinatura da Empresa T CLINICA