

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



366544
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/08/20	4-Data de Autorização 31/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50187884	7-Data Validade da Senha 29/11/20
8-Número da Carteira 00379994061964856			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ROY URENA ARISPE			14-Telefone 24/08/1984	15-Nome do titular do plano ROY URENA ARISPE	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701006863053899
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12816546713		22-Nome do Contratado Executante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA		18-Número no CRO 39704	19-UJ RJ
28-Nome do Profissional Executante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA		23-Número no CRO 39704		24-UJ RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
29-Código CBO S		27-Número no CRO 39704		28-UJ RJ	25-Código CNES
26-Código CBO S					

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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			31/08/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			31/08/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			31/08/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			31/08/20		
5	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00			31/08/20		
6	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00			31/08/20		
7	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	61,00	0,00			31/08/20		
8	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	61,00	0,00			31/08/20		
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 31/08/20	44-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 388,00	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 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/08/20 Cirugião Dentista CRO/RJ-CD-39704	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/08/20 Cirugião Dentista CRO/RJ-CD-39704	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--