



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

379646
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/11/09 12:01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50193057		7-Data Validade da Senha 12/01/12 12:01	
8-Número de Carteira 0037999406522696		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 700307934394030	
13-Nome VANIA ALVES NOGUEIRA GOMES		14-Telefone () 11 11 11 11 11 11		15-Nome do titular do plano VANIA ALVES NOGUEIRA GOMES		16-Endereço a RN MARILENE MOREIRA CUNHA		17-Endereço a RN MARILENE MOREIRA CUNHA	
18-Endereço a RN MARILENE MOREIRA CUNHA		19-UF RJ		20-Código CBO S 8132		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 145760381768		22-Nome do Contratado Executante MARILENE MOREIRA CUNHA	
23-Nome do Profissional Executante MARILENE MOREIRA CUNHA		24-UF RJ		25-Código CNES 8132		26-Endereço a RN MARILENE MOREIRA CUNHA		27-Endereço a RN MARILENE MOREIRA CUNHA	
28-UF RJ		29-Código CBO S 8132		30-UF RJ		31-Código do Procedimento 1-01085100196		32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	
33-Dente/Região 18 M 1		34-Face 18 M 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 6100		37-Valor 0100	
38-Franquia/Co-participação R\$ 0100		39-Aut S		40-Data de Realização 21/11/09		41-Motivo da Glosa 2929x IV		42-Assinatura IV	
43-Data Término do Tratamento 11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 6100		47-Valor Total R\$ 0100	
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0100		49-Total Franquia / Co-participação R\$ 0100		50-Total Franquia / Co-participação R\$ 0100		51-Total Franquia / Co-participação R\$ 0100		52-Total Franquia / Co-participação R\$ 0100	

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.

49-Observação

53-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 12/11/09 11:20 Marlene y Cunha		54-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/11/09 11:20 Vania Nogueira	
55-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 12/11/09 11:20 Marlene y Cunha		56-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/11/09 11:20 Vania Nogueira	

Dra. Marlene Moreira Cunha
ODONTOLÓGICA E ODONTOPEDIATRA