

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Faturados e enviados



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012 4-Data de Autorização 15/10/2012 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50191559 7-Data Validade da Semana 14/12/2012

375890
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1030379994065491766 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705008242519957

13-Nome

MOISES RIBEIRO DE PINHO

27/01/1993

14-Teléfono (021) 9781382639

15-Nome do titular do plano RAFAELA LIRA DE PINHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN DENTCLINIC

18-Número no CRO 29605

19-UF RJ

20-Código CBO S 03

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

127685610884

22-Nome do Contratado Executante CLARISSA DE SOUZA NETO

23-Número no CRO 29605

24-UF RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

CLARISSA DE SOUZA NETO

27-Número no CRO 29605

28-UF RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentist/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Exclusão 42-Assinatura
1-0	0	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00			15/10/2012	
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsto Término do Tratamento 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 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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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

15/10/12 Rio de Janeiro

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

15/10/12 Rio de Janeiro

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

15/11/12 Rio de Janeiro

53-Data, local e Cartão da Empresa

15/10/12 Rio de Janeiro

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

15/10/12 Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

Rio de Janeiro