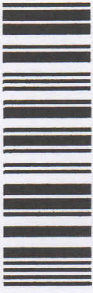




Indicador para troca de guia

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



395949
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 4 1 1 0 1 2 0	4-Data de Autorização 1 4 1 1 0 1 2 0	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198971	7-Data Validade da Senha 1 2 1 0 1 1 2 1
--------------------------	--	--	--------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 0 3 7 9 9 9 4 0 6 5 2 1 9 1 6	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 980016296131386
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome VANESSA DIAS RIBEIRO	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano VANESSA DIAS RIBEIRO
---------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA	18-Número no CRO 8683	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	---	--------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

17 5 1 6 1 5 1 2 1 6 7 8 7	22-Nome do Contratado Executante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA	23-Número no CRO 8683	24-UF RJ	25-Código CINES Enviar - RX (IF) 85400556-16
----------------------------	--	--------------------------	-------------	--

28-Nome do Profissional Executante

ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA	27-Número no CRO 8683	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	108100000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34	0,00	0,00	1	14/10	10
2-0	108153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36	0,00	0,00	1	14/10	10
3-0	108153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36	0,00	0,00	1	14/10	10
4-0	108153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36	0,00	0,00	1	14/10	10
5-0	108153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36	0,00	0,00	1	14/10	10
6-0	108154000056	RESTAURAÇÃO METÁLICA	16	1	1	47	2,00	0,00	1	19/10	10
7-1											
8-1											
9-1											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento

11/9/19/19	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 650,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
------------	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

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), 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

11/9/19/19	Angela C. Maria	11/9/19/19	Angela C. Maria	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	11/9/19/19	Vanessa Dias Ribeiro
------------	-----------------	------------	-----------------	---	------------	----------------------

Couto Vargas Tejeda

Couto Vargas Tejeda