

317856
INTERCÂMBIO

registro ANS 6414		3-Data de Emissão da Guia 2 8 / 0 5 / 2 0		4-Data de Autorização 2 8 / 0 5 / 2 0		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50157242		7-Data Validade da Senha 2 6 / 0 8 / 2 0		317856 INTERCÂMBIO	
1-Nome do Beneficiário mero da Carteira 0 3 7 0 0 0 0 3 2 8 0 4 3 4 5				2-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ANDRE VICTOR BARBO		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704208760861881			
3-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento SE JOAO BARBOSA CARDOSO				4-Data de Autorização 28/11/1960		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ANDRE VICTOR BARBOSA CARDOSO					
5-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento frendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante SILVIA CRISTINA SOUTO MAIOR MONTEIRO MAGALHAES				18-Número no CRO 17947		19-UF RJ		20-Código CBO S		801 - Faturar Empresa	
6-Código do Operadora / CNPJ / CPF 7 6 2 2 3 7 3 6 7 2 0		22-Nome do Contratado Executante SILVIA CRISTINA SOUTO MAIOR MONTEIRO				23-Número no CRO 17947		24-UF RJ		25-Código CNES			
7-Nome do Profissional Executante LVIA CRISTINA SOUTO MAIOR MONTEIRO MAGALHAES						27-Número no CRO 17947		28-UF RJ		29-Código CBO S			

[illegible]

laro, 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 raro. 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.

Observação

48 Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/11/2017 Dra. Silvia Cristina Magalhães Cirurgião-Dentista CRO-RJ 17947	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/11/2017 Dra. Silvia Cristina Magalhães Cirurgião-Dentista CRO-RJ 17947	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/11/2017 x 	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	---	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-HP

317880
INTERCÂMBIO

1-Identificação ANS 6414	3-Data de Emissão da Guia 28/05/2012	4-Data de Autorização 28/05/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50157245	7-Data Validade da Senha 26/08/2012
8-Data de Beneficiário 03/07/000022788444	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703003843989078	
13-Nome do Beneficiário DROACY FERREIRA DOS SANTOS		14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano COROACY FERREIRA DOS SANTOS		
16-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 21/04/1949		18-Número no CRO 17947	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa
17-Nome do Profissional Solicitante SILVIA CRISTINA SOUTO MAIOR MONTEIRO MAGALHAES		23-Número no CRO 17947	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
22-Nome do Contratado Executante SILVIA CRISTINA SOUTO MAIOR MONTEIRO		27-Número no CRO 17947	28-UF RJ	29-Código CBO S	
30-Endereço do Profissional Executante LVIA CRISTINA SOUTO MAIOR MONTEIRO MAGALHAES					
31-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00
0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DO	1	113,00
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Assinatura					
43-Previsão Temporal do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					

laro, 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.

Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/05/2012 - Dra. Silvia Cristina Magalhães CRO-RJ 17947	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/05/2012 - Dra. Silvia Cristina Magalhães CRO-RJ 17947	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/05/2012 - [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



Relatório: Produção Cirurgião Dentista

CRO: 17947/RJ

Cirurgião Dentista: (16546) - SILVIA CRISTINA SOUTO MAIOR MONTEIRO MAGALHAES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
300594 - I	MARCELO PAIS TABACHI FURTADO (0037000007064848)		12/03/2020	250	0.3	R\$ 75,00
317856 - I	JOSE JOAO BARBOSA CARDOSO (00370000032804345)		28/05/2020	90	0.3	R\$ 27,00
317880 - I	COROACY FERREIRA DOS SANTOS (00370000022788444)		28/05/2020	160	0.3	R\$ 48,00
Totalizador						
					Nº de USOs:	500
					Nº de atendimentos:	3
					Valor:	R\$ 150,00

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 30/06/2020 15:03

Página 1 de 1