

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

334905
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/2017 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50174695	7-Data Validade da Senha 04/11/2017 12:01
--------------------------	---	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000000218370654	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 898004614691384
13-Nome CAMILA ARRUDA DE SOUZA GOMES	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do Titular do plano FELIPE VAZ GUEDES E SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARILENE MOREIRA CUNHA	18-Número no CRO 8132	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1457603811768	22-Nome do Contratado Executante MARILENE MOREIRA CUNHA	23-Número no CRO 8132	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 5015-115
26-Nome do Profissional Executante MARILENE MOREIRA CUNHA		27-Número no CRO 8132	28-UF RJ	29-Código CBO S (I) 81000421-RII

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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
1-00150115		EXODONTIA SIMPLES DE	S5	1	1	17,50	0,00	0,00		17/10/2017	30202017
2-001810004211		RX PERIAPICAL	RII	1	1	14,00	0,00	0,00		17/10/2017	30202017
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 Previsão 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 189,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

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), 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
17/10/2017 12:01 Jau Pauline

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
17/10/2017 12:01 Jau Pauline

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
17/10/2017 12:01 Jau Pauline

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11

Dra. Marlene Moreira Cunha
ORTODONTIA E ODONTOPEDIATRIA
CRO/RJ 8132