

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



362538
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2018	4-Data de Autorização 12/04/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50186119	7-Data Validade da Senha 12/04/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 000379994065475647	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700607490145065
--	--------------------------------------	--	--

13-Nome MARCIA CARDOSO NOGUEIRA DE SA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano MARCIA CARDOSO NOGUEIRA DE SA
--	------------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE	18-Número no CRO 17808	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 172038632715	22-Nome do Contratado Exculante MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE	23-Número no CRO 17808	24-UF RJ	25-Código CNES
---	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Exculante MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE	27-Número no CRO 17808	28-UF RJ	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 Classe 42-Assinatura
1-01084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	12/04/2018	20
2-01084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	12/04/2018	20
3-01084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	12/04/2018	20
4-01084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	12/04/2018	20
5-11111111111											
6-11111111111											
7-11111111111											
8-11111111111											
9-11111111111											
10-11111111111											
11-11111111111											
12-11111111111											
13-11111111111											
14-11111111111											
15-11111111111											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1140,00	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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/04/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa Mª Zita de S. de Andrade CRO 17.808
---	---	---	---

Mª Zita de S. de Andrade
CRO 17.808