

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



384616
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/8/10/9/12/0	4-Data de Autorização 2/8/10/9/12/0	5-Sentha AUTORIZADO
		6-Número da Guia Principal 50194891	
7-Data Validade da Sentha 12/7/11/12/12/0		8-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004606049539	

9-Promoção POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	
11-Data Validação da Carteira 1/1/1/1/1/1		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 12/7/11/12/12/0	
13-Nome DAVI SOARES DAMASCENA		14-Fone (11) 2711-1111	

15-Nome do Titular do plano VIVIANE SOARES DAMASCENA DOS S	
16-Aendimento a RN 10/05/1962	
17-Nome do Profissional Solicitante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA	

18-Número no CRO 24440		19-UF RJ	
20-Código CEO S 801 - Faturar Empresa		21-Uf RJ	
22-Número no CRO 24440		23-Uf RJ	
24-Código CNES		25-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 24440	

28-Uf RJ		29-Código CEO S	
----------	--	-----------------	--

30-Tabula		31-Código do Procedimento	
32-Descrição		33-Dente/Região	
34-Face		35-Qtd	
36-Quantidade US		37-Valor	
38-Franquia/Co-participação RS		39-Aut	
40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa	
42-Assinatura		43-Valor Total RS	

44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontologia 4-Urgência/Emergência	
45-Tipo de Faturamento 1-Total Parcial	
46-Total Quantidade US 1 3 1 6 ,0 0	
47-Valor Total RS 1 0 ,0 0	
48-Total Franquia / Co-participação RS	

49-Data Provisão Término do Tratamento 1/1/1/1/1/1	
50-Data Local e Assinatura do Odontólogo-Dentista Solicitante 	
51-Data Local e Assinatura do Odontólogo-Dentista 	
52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 	
53-Data Local e Assinatura da Empresa 19/08/2014	

OdontoPediatrica

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acego 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