



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

378360
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2019	4-Data de Autorização 11/08/2019	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50192573	7-Data Validade da Sineta 11/12/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00037999406530621	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 700203449422025	13-Nome MIGUEL ANGELO SILVA ORNELLA
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	18-Número no CRO 37184	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1617126247753
22-Nome do Contratado Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA					
26-Nome do Profissional Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA					
27-Número no CRO 37184					
28-UF RJ					
29-Código CBO S					
30-Tabela					
31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-0101811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00
2-0101841000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00
3-0101841000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00
4-0101841000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00
5-0101841000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00
6-0101870100016	ATIVIDADE EDUCATIVA EM			1	59,00
7-					
8-					
9-					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsão Término do Tratamento 24/09/20					
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 23,31,00					
47-Valor Total R\$ 10,100					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,100					

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
29/09/2019

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
29/09/2019

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
29/09/2019

53-Data, local e Assinatura da Empresa
29/09/2019

54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos previstos em contrato.
29/09/2019