

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

377448
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 17/10/19 12:01		5-Sinthe AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50192208		7-Data Validade da Sinthe 16/11/21 12:01		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004633387024	
8-Número da Carteira 10103799940628617591		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		15-Nome do titular do plano DIOGO RIBEIRO ALVES		18-Número no CRO 37184	
13-Nome ARTHUR RODRIGUES RIBEIRO ALVES		22-08/2013		14-Telefone ()		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -		25-Código CNES Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA		23-Número no CRO 37184		24-UF RJ		28-UF RJ		29-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 161726247753		22-Nome do Contratado Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA		27-Número no CRO 37184		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
26-Nome do Profissional Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA		32-Descrição		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut	
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-010811000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34100		0100		S	
2-010841000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35100		0100		S	
3-010841000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35100		0100		S	
4-010841000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35100		0100		S	
5-010841000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35100		0100		S	
6-010870100016		ATIVIDADE EDUCATIVA EM		1		59100		0100		S	
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
43-Data Previsão Término do Tratamento 23/01/20		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 123100		47-Valor Total R\$ 10100		48-Total Franquia / Co-participação R\$	

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 no 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 de Cirurgião-Dentista Solicitante
23/01/20
CRO-RJ 437184

51-Data, Local e Assinatura de Cirurgião-Dentista
23/01/20
CRO-RJ 437184

52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
23/01/20
CRO-RJ 437184

53-Data, Local e Contribuição da Empresa
23/01/20
CRO-RJ 437184

54-Data, Local e Assinatura do Profissional Assistente
23/01/20
CRO-RJ 437184