



2-Nº

382017
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão de Guia
12/3/109/12/10

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50193901

7-Data Validade da Sentença
12/12/12/12/10

8-Número da Carteira
100379999406128617159

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
UNIMED RIO COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
898000463387024

13-Nome
ARTHUR RODRIGUES RIBEIRO ALVES

14-Telefone
(11) 1111111111

15-Nome do Titular do plano
DIOGO RIBEIRO ALVES

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
161617126247753

26-Nome do Profissional Executante
LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA

18-Número no CRO
37184

19-UF
RJ

20-Código CBO S

24-UF
RJ

25-Código CNES

28-UF
RJ

29-Código CBO S

30-Tabela
1-00183000089
2-00183000089
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

32-Descrição
EXODONTIA SIMPLES DE
EXODONTIA SIMPLES DE

33-Dente/Região
51
61

34-Face
1
1

35-Qtd
1
1

36-Quantidade US

37-Valor
73,00
73,00

38-Franquia/Co-participação R\$
0,00
0,00

39-Aut
S
S

40-Data de Realização
23/09/20
23/09/20

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

43-Data Previsto Término do Tratamento
23/09/20

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
146,00

47-Valor Total R\$
10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
23/09/20 Luis Alberto P. Sampaio Taborda

51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
23/09/20 Luis Alberto P. Sampaio Taborda

52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
23/09/20 Diogo Ribeiro Alves

53-Data Local e Assinatura da Empresa
23/09/20 UNIMED RIO COOPERATIVA

54-Data Local e Assinatura do Profissional Assistente
23/09/20 Diogo Ribeiro Alves

55-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.
23/09/20 Diogo Ribeiro Alves

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), 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