

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AP

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/10/2014 4-Data de Autorização 13/10/2014 5-Senha CONCLUÍDO 6-Número da Guia Principal 50161114 7-Data Validade da Senha 12/10/2014

306185
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994063078578 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700603477906569

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome CAMILA DA SILVA LAURINDO DOS S 14-Telefone 15-Nome do titular do plano CAMILA DA SILVA LAURINDO DOS S 16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09224371736 22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO

Dados do Profissional Executante

26-Nome do Profissional Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 18-Número no CRO 30438 19-UF RJ 20-Código CBO S 30438 23-Número no CRO 30438 24-UF RJ 25-Código CNES 30438 27-Número no CRO 30438 28-UF RJ 29-Código CBO S 30438

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 Glosa 42-Assinatura
1-10	10811000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00				13/10/2014	x
2-0	085200034	TRATAMENTO EM	45		1	8,00				13/10/2014	x
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 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 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista UNILIFE - DE VISTA 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa