

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



288720
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 14/02/2014 4-Data de Autorização 14/02/2014 5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 288720 7-Data Validade da Sentença 14/02/2014 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703404614924900

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000021818846 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 14/02/2014 15-Nome do titular do plano ANTONIO CARVALHO DE OLIVEIRA

13-Nome

CLAUDINEIA BERNARDINA D OLIVEI

05/12/1968

14-Telefone

() - - - - -

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

109224371736

22-Nome do Contratado Executante

DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO

25-Nome do Profissional Executante

DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO

27-Número no CRO

30438

28-UF

RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	8100057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00			14/02/2014		
2-00	8520034	TRATAMENTO EM	24		1	8,00	0,00			14/02/2014		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/02/2014 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 42,00

47-Valor Total R\$ 10,00

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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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

curtir a cirurgia

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/02/2014

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Daniel Pinheiro Cirurgião-Dentista CRO RJ 30438

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/02/2014

53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/02/2014