

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



306517
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 5 / 1 0 4 / 1 2 1 0	4-Data de Autorização 1 5 / 1 0 4 / 1 2 1 0	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50161236	7-Data Validade da Senha 1 1 4 / 1 1 0 7 / 1 2 1 0
--------------------------	--	--	----------------------	--	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira 1 1 / 1 1 / 1 1		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704403318602810	
-----------------------	--	---	--	---	--	--	--

13-Nome RAFAELA LUIZA SOARES DE FRANCA		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano RAFAELA LUIZA SOARES DE FRANCA	
---	--	------------------------------	--	---	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 30438		19-UF RJ		20-Código CBO S	
---	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------	--

21-Código na Operadora / ONPJ / CPF 0 9 1 2 1 4 3 7 1 7 1 3 6		22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO		23-Número no CRO 30438		24-UF RJ	
--	--	--	--	---------------------------	--	-------------	--

26-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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 5 7		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1	1	3 4 1 0 0				1 5 / 1 0 4 / 1 2 1 0	
2-0 0 1 8 1 5 2 0 0 0 3 4		TRATAMENTO EM		31	1	8 1 0 0				1 5 / 1 0 4 / 1 2 1 0	
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 1 1 / 1 1 / 1 1	44-Tipo de Atendimento 1 1 - Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 1 - Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 1 1 1 4 2 1 0 1 0	47-Valor Total R\$ 1 1 1 1 1 0 1 0 1 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
---	--	---	---	---	--

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.

Genivalte → *PROFESSORA COM VITRESSON + ORIENTAÇÕES*

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 1 1 / 1 1 / 1 1	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 1 1 5 / 1 0 4 / 1 2 1 0	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 1 1 5 / 1 0 4 / 1 2 1 0	53-Data, local e Carimbo da Empresa 1 1 5 / 1 0 4 / 1 2 1 0
--	--	--	--