

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



306509
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/04/2017	4-Data de Autorização 15/04/2017	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50161230	7-Data Validade da Senha 14/07/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000014278327	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704806582990349
13-Nome BYANCA DE MORAES SILVA TEIXEIR	14-Telefone () - - - - -	15-Data Validade do Plano 11/11/11	16-Data Validade da Carteira 11/11/11	17-Número do Cartão Nacional de Saúde 704806582990349

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	18-Número no CRO 30438	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09224371736	22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	23-Número no CRO 30438	24-UF RJ	25-Código CNES
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	0810000157	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00			15/04/2017		
2-0	0815200034	TRATAMENTO EM	27		1	8,00	0,00			15/04/2017		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 42,00	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 15/04/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/04/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/04/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/04/2017
---	---	---	---