



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



313365
INTERCAMBIO

7-Data Validade da Sentença
11/2/2018

6-Número da Guia Principal
313365

5-Sentença
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

4-Data de Autorização
14/05/2019

3-Data de Emissão da Guia
14/05/2019

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
003799406127002159

9-Piano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11-Data Validade da Carteira
11/2/2018

12-Número do Contrato Nacional de Saúde
705400492554090

13-Nome
CARLOS EDUARDO PEREIRA DE FARI

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
CARLOS EDUARDO PEREIRA DE FARI

16-Data de Nascimento
16/01/1991

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante
DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO

18-Número no CRO
30438

19-Uf
RJ

20-Código CBO S
801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
092243717136

22-Nome do Contratado Executante
DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO

23-Número no CRO
30438

24-Uf
RJ

25-Código CNES
30438

26-Nome do Profissional Executante
DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO

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
1-00	811000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00			11/11/2018	
2-00	815200034	TRATAMENTO EM	36		1	8,00	0,00			11/11/2018	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento
11/11/2018

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Valor Total R\$
42,00

47-Valor Total R\$
42,00

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 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.

48-Observação
FOLHA DE FOLHA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/11/2018

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/2018

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/2018

53-Data, local e Assinatura da Empresa
11/11/2018