

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ººº



327607
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/06 12:00	4-Data de Autorização 12/11/06 12:00	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 327607	7-Data Validade da Senha 19/10/09 12:00
--------------------------	---	---	----------------------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira 700504727379457
DENISE CONDE CARVALHO		13-Plano POS REDE PRESTADORA		12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome		14-Telefone		15-Nome do titular do plano
DENISE CONDE CARVALHO		04/03/1964		DENISE CONDE CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 30438		19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO		24-UF RJ	25-Código CNES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0912214371736		22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO		26-UF RJ	27-Código CBO S
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		33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa 42-Assinatura
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição								
1-00181000057		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE								
2-00181000034		TRATAMENTO EM	46	1	1	34,00	0,00		21/06/20	
3-										
4-										
5-										
6-										
7-										
8-										
9-										
10-										
11-										
12-										
13-										
14-										
15-										

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/06	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 Quantificado US 42,00	47-Valor Total RS 0,00	48-Total Franquia / Co-participação RS 0,00
--	--	---	-----------------------------------	---------------------------	--

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 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.

49-Observação pulpa no 46 → Pulpectomia + medicações + orientações + Exame clínico	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante 21/11/06 12:00	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/06 12:00	52-Data, local e Assinatura do Especialista / Responsável 21/11/06 12:00	53-Data, local e Assinatura da Empresa 21/11/06 12:00
---	---	---	---	--