

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



309965
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/2015 12:00	4-Data de Autorização 10/04/2015 12:00	5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 309965	7-Data Validade da Senha 10/02/2018 12:00
--------------------------	---	---	-------------------------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10103171010000275218167	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Emprestado UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 10/04/2015 12:00	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704102148299677
13-Nome GUILHERME DE SOUZA MELLO		14-Telefone (11) 11111111		
15-Nome do titular do plano GUILHERME DE SOUZA MELLO		16-Data de Nascimento 10/03/1992		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a F.N. N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	18-Número no CBO 30438	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 109121437171361	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 CBO 30438	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centro/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
1-010181000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	1	1	3	4	0	0	0	0	10/04/2015	12:00	x GLO
2-0101815400467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO	16	1	1	8	0	0	0	0	10/04/2015	12:00	x GLO
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
10/04/2015	1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	1	4	2	0	0	0	0	

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 pagar em 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Assinatura da Empresa	
		10/04/2015		10/04/2015		10/04/2015	

DECLARAMENTO DE RESPOSTA PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO

Dr. Daniel Pinheiro
CRO RJ 80438
5 meses