

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



326010
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/2016	4-Data de Autorização 11/07/2016	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 326010	7-Data Validade da Senha 11/05/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

8-Número da Carteira 003700001540775	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 704308558366890
12-Número do Contrato Nacional de Saúde	13-Data de Emissão da Guia 23/05/1985	14-Teléfono	15-Data Validade da Carteira

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	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 092124371736	22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	23-Número no CRO 30438	24-UF RJ	25-Código CINES
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-Fase	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	8	1	0	0	0	5	7				
2	0	0	8	5	4	0	4	6	7				
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Provisão 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\$
	1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	1-1 Total 2-Parcial	42421010		

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(ram) 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
Documentação de peça prótica do 16º a Restauração

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
		11/07/2016 xdp

TERMO DE CIÊNCIA

DECLARO TER SIDO INFORMADO E, QUE ESTOU CIÊTE QUE O TRABALHO PROTÉTICO RECIMENTADO, EM CARATER DE URGÊNCIA, NESTA PRESENTE DATA, NÃO APRESENTA PADRÃO TÉCNICO ADEQUADO E, EM VIRTUDE DISTO, A CIMENTAÇÃO REALIZADA PODERÁ FALHAR, ACERRENTANDO NA SOLTURA DA PEÇA PROTÉTICA.

DECLARO TAMBÉM, TER SIDO INFORMADO E ORIENTADO DA NECESSIDADE DE REALIZAR O TRATAMENTO O MAIS BREVE POSSÍVEL.

RIO DE JANEIRO, 17 DE JUNHO DE 2020.

NOME: Fernanda Portella Lacerda Maia Pinto

ASS: _____

WWW.CLINICAODONTOBARRA.COM.BR

CONTATO: (21) 2493-3553

(21) 3079-0124

✉ contato@clinicaodontobarra.com.br

ENDEREÇO:



Av. das Américas
Nº297, sala 308