

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/05/2013 4-Data de Autorização 11/11/11 5-Semana PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número de Guia Principal 296702 7-Data Validade da Guia 10/03/12 2013

296702
 INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010379994061575477 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 701003820224397

13-Nome REBECCA DE SALLES MONIZ 14-Telefone () - - - - - 15-Data Validade da Carteira 24/11/1999 16-Nome do Titular do plano REBECCA DE SALLES MONIZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 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 1091214371736 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-Ítem	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 Guia	42-Assinatura
1-	00	8100057										
2-	00	853000810										
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 42,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, 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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(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

Renovante - Watagem + Solina + Medicação. (Rx digital)

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

05/10/2013 Dr. Daniel Pinheiro
 Cirurgião-Dentista
 CRO RJ 30438

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

05/10/2013 (assinatura)

53-Data, local e Caminho da Empresa

05/10/2013