

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-A

321503
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/07/2016	4-Data de Autorização 01/07/2016	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 321503	7-Data Validade da Senha 01/09/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010379994062506797	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 01/07/2016	12-Número do Contrato Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	--	---

13-Nome MONIZE CAMARGO LINO MARQUES DA SILVA	14-Data de Nascimento 14/11/1983	15-Telefone () - - - - -	16-Data de Nascimento 14/11/1983	17-Data de Nascimento 14/11/1983
---	-------------------------------------	------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09224371736	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-Tabella	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
1-01018110100057		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00			04/06/2016	
2-010185200034		TRATAMENTO EM	17		1	8,00	0,00			04/06/2016	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/07/2016	44-Tipo de Atendimento 4	45-Tipo de Atendimento 1	46-Tipo de Atendimento 1	47-Valor Total R\$ 42,00	48-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 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-Observações Pulpita no 17 + Pulpectomia + Inervação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/06/2016 Dr. Daniel Roldi Pinheiro	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Emergência 04/06/2016 Dr. Daniel Roldi Pinheiro	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/06/2016 Monize Camargo Marques	53-Data, local e Assinatura da Empresa 04/06/2016
---	---	--	--	--