

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 7 / 0 4 / 2 0	4-Data de Autorização / / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 306945	7-Data Validade da Senha 1 6 / 0 7 / 2 0
--------------------------	--	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

306945
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 3 7 9 9 4 0 6 3 1 3 6 5 0	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome TAYNA SCHWABENLAND RAMOS PINHE	14-Teléfono () -	15-Nome do titular do plano TAYNA SCHWABENLAND RAMOS PINHE
---	----------------------	---

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 0 9 2 2 4 3 7 1 7 3 6	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	Enviar - RX (I) 85200085-16

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	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-	0 0 1 8 1 0 0 0 0 5 7	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	3 4 0 0	0,00			17/04/20	x
2-	0 0 1 8 5 2 0 0 0 8 5	REST TEMP TRAT EXPECTANTE	16		1	5 0 0 0	0,00			17/04/20	x
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 4 1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 1- Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 8 4 0 0	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	--	-----------------------------------	--------------------	---

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), (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 FRATURAS DENTEL → CURATIVO

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/04/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/04/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/04/20 x Tayna S.R.P	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

CRO RJ-30438