

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



318570
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/05 11:20	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 318570	7-Data Validade da Senha 12/11/08 11:20
--------------------------	---	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004744726943	
8-Número da Carteira 01037999406115981272		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Data Validade da Carteira 07/10/1970		14-Teléfono () 11 11 11 11 11 11	
13-Nome JORGE WILSON DE ALMEIDA ALCANT		15-Nome do titular do plano JORGE WILSON DE ALMEIDA ALCANT		16-Data Validade da Carteira 11/11/11		17-Data Validade da Carteira 11/11/11	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 30438		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -	
17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO		21-Número no CRO 30438		22-UF RJ		23-Código CINES Enviar - RX (I) 85200085-21	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01912143171736		22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO		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-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-Ambulância
1	0101811000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	21	1	1	34	010	010	010	010	010	010	010
2	0101812000085	REST TEMP TRAT EXPECTANTE	21	1	1	50	010	010	010	010	010	010	010
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 11 11 11 11 11 11	45-Tipo de Faturamento 11 11 11 11 11 11	46-Total Quantidade US 11 11 11 11 11 11	47-Valor Total R\$ 11 11 11 11 11 11	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11 11 11 11 11 11
--	---	---	---	---	--

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 Queda de restauração provisória - feita restauração definitiva		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 31/11/05 11:20 DANIELE PINHEIRO		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/11/05 11:20 DANIELE PINHEIRO		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/11/05 11:20		53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/11/05 11:20	
---	--	--	--	--	--	---	--	---	--