

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº

305569
INTERCAMBIO

1- Registro ANS 406414 3- Data de Emissão da Guia 10/07/2014 4- Data de Autorização 10/07/2014 5- Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6- Número da Guia Principal 305569 7- Data Validade da Sentença 10/06/2017 8- Data Validade da Guia 10/07/2014

Dados do Beneficiário

8- Nome da Carteira 00037999140630951899 9- Plano POS REDE PRESTADORA 10- Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11- Data Validade da Carteira 10/07/2014 12- Número de Cartão Nacional de Saúde 704303519901794

13- Nome GEISYELLEN CARLA FERREIRA OLIV 14- Telefone () 15- Nome do titular do plano GEISYELLEN CARLA FERREIRA OLIV

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16- Atendimento a RV N 17- Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 18- Número no CRD 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 CRD 30438 24- UF RJ 25- Código CNES 26- Nome do Profissional Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 27- Número no CRD 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- Face	35- Cód	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut.	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1- 00	81000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00		N	07/04/2014		
2- 00	85200034	TRATAMENTO EM			1	8,00	0,00		N	07/04/2014		
3- 00												
4- 00												
5- 00												
6- 00												
7- 00												
8- 00												
9- 00												
10- 00												
11- 00												
12- 00												
13- 00												
14- 00												
15- 00												

43- Data Previsão Término do Tratamento 11/11/14 44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência 45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcela 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, 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação

fulpat + fulpictormis

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Centista Solicitante 07/10/2014 51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Centista 07/10/2014 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 07/10/2014 53- Data, local e Carimbo da Empresa 07/10/2014

Dr. Daniel Pinheiro
Dr. Danilo Bonfatti
CRD RJ 30438