



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



305045  
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414      3-Data de Emissão da Guia 10/12/10 4-Data de Autorização 10/12/10 5-Semeta CONCLUÍDO      6-Número da Guia Principal 50160678      7-Data Validade da Senha 10/1/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705104391648940

8-Número da Carteira 101031799940628222910      9-Plano POS REDE PRESTADORA      10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A      11-Data Validade da Carteira      15-Nome do titular do plano EVANDRO SOARES FRANKLIN

13-Nome EVANDRO SOARES FRANKLIN      25/02/1971      14-Telefone      18-Número no CRO 30438      19-UF RJ      20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

16-Mendicamento a RN N      17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO      21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1091224371736      22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO      24-UF RJ      25-Código ONES      26-Nome do Profissional Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO      27-Número no CRO 30438      28-UF RJ      29-Código CBO S      301 - Enviar - RX (I) 85100218

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-Assinaturag

30-Ítabela	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-Assinaturag
1-0	0810000517	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	1		1	34,00	0,00			10/12/10	[assinatura]
2-0	0815100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VDP	1	8,00	0,00			10/12/10	[assinatura]
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento      44-Tipo de Atendimento      45-Tipo de Faturamento      46-Total Quantidade US      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), 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.

FRANKLIN DA RESTAURAÇÃO → RESTAURAÇÃO EM RESINA CARBOSA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante      51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista      52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável      53-Data, local e Carimbo da Empresa