



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS

406414

3-Data de Emissão da Guia

10/11/2016 12:01

4-Data de Autorização

11/11/2016 12:01

5-Santa

PENDENTE DE LIBERAÇÃO

6-Número da Guia Principal

319113

7-Data Validade da Sincha

13/11/2018 12:01

8-Número de Carteira

00031700000005109141451

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11-Data Validade da Carteira

11/11/2016 12:01

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

708704110454690

13-Nome

SERGIO BARROSO TEIXEIRA

14-Telefone

(11) 1111-1111

15-Nome do titular do plano

SERGIO BARROSO TEIXEIRA

28/11/1959

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a FIM		17-Nome do Profissional Solicitante									
N		DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO									
01912143711736		22-Nome do Contratado Executante									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO									
25-Nome do Profissional Executante		26-Nome do Profissional Executante									
DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO		DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO									
18-Número r.o. CRO		19-UJ		20-Código CBO S		23-Número r.o. CRO		24-UJ		25-Código CNES	
30438		RJ				30438		RJ			
27-Número r.o. CRO		28-UJ		29-Código CBO S		30438		RJ			

[illegible]

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

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- Observação		
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
11/11/11	10/10/12 Dr. Daniel Pinheiro Cirurgião Dentista	10/10/12 Sergio Benedito
53- Data, local e Carimbo da Empresa		
10/10/12		