



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

311418
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/05/2010	4-Data de Autorização 01/05/2010	5-Será PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 311418	7-Data Validade da Seria 05/08/2010
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 003170000003261501701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 01/05/2010	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DOO ZUN DAH					
14-Telefone DOO ZUN DAH					
15-Nome do titular do plano DOO ZUN DAH					
16-Atendimento a RIN DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO					
17-Data de Realização 16/04/1949					
18-Número no CRO 30438					
19-UF RJ					
20-Código CBO S 801 -					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 091212431711736					
22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO					
23-Número no CRO 30438					
24-UF RJ					
25-Código CNES Enviar - RX (I) 85200085-25					
26-Nome do Profissional Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO					
27-Número no CRO 30438					
28-UF RJ					
29-Código CBO S					

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 Guia 42-Assinatura
1	0	0	8	1	0	0	0	5	7			
2	0	0	8	5	2	0	0	8	5			
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 01/05/2010	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 184,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
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 Faturar do curativo - curso					

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/05/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/05/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/05/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/05/2010
---	---	---	---