



Requisitos para uso em

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



377629
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
11/06/11 12/12/10

6-Número da Guia Principal
50192286

5-Sanha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/07/09 11/02/10

3-Data de Emissão da Guia
11/07/09 11/02/10

1-Registro ANS
406414

10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/06/11 12/12/10	12-Número do Cartão Nacional da Saúde 705003817515559
13-Nome TANIA CRISTINA FERREIRA DE SOU	14-Teléfono (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano TANIA CRISTINA FERREIRA DE SOU

16-Data de Prestação 16/06/1963	17-Nome do Profissional Solicitante VICTOR FIGUEIREDO RESENDE	18-Número do Profissional Solicitante 11321469107114
19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11321469107114
22-Nome do Contratado Executante VICTOR FIGUEIREDO RESENDE	23-Número no CRO 42439	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Executante VICTOR FIGUEIREDO RESENDE	26-Número no CRO 42439	27-UF RJ

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rigido	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class. 42-Justificativa
1-0101811010001615	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00	0,00	0,00	17/09/20		
2-1111111111111111											
3-1111111111111111											
4-1111111111111111											
5-1111111111111111											
6-1111111111111111											
7-1111111111111111											
8-1111111111111111											
9-1111111111111111											
10-1111111111111111											
11-1111111111111111											
12-1111111111111111											
13-1111111111111111											
14-1111111111111111											
15-1111111111111111											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/09/11 11/20	44-Tipo de Atendimento 11 1-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 11 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	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), 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
Dr. Victor Figueiredo
Cirurgião-Dentista
CRO-RJ-42439

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/09/11 11/20 Victor Figueiredo

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/09/11 11/20 Tania Cristina