



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão do Guia 29/10/2012 4-Dia de Autenticação 11/11/11 5-Síntese PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 309560 7-Data Validade de Sem 28/10/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0003799994062044378 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Endereço UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706803706597922 13-Nome BRUNO FERREIRA DE JESUS 14-Telefone 22021979 15-Nome do titular do plano BRUNO FERREIRA DE JESUS

Dados de Contabilidade Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a F/N DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 18-Nº mat no CRO 30438 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0912241371736 22-Nº mat do Co-tratado Esacitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 23-Número no CRO 30438 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Exe-dante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 27-Nº mat no CRO 30438 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Item/Região	34-Face	35-2nd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/C-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motiv da Exclusão	42-Assinatura
1-00081000057		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE				34000	0,00			29/10/2012		
2-00085200034		TRATAMENTO EM				8000	0,00					
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Tipo de Atendimento 47-Valor Total R\$ 48-Tipo de Faturamento 49-Tipo de Atendimento

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, compreendendo-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 prestação 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 previstos em contrato.

49-Observação 50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa