



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

353120
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/08 12:00	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50182396	7-Data Validade da Serha 10/05/11 11:20
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 10103701000016555255	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706007349746249
13-Nome VERONICA RODRIGUES DE LIMA				
14-Telefone (11) 11111111				
15-Nome do titular do plano VERONICA RODRIGUES DE LIMA				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Adendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA	18-Número no CRO 31345	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / ONPJ / CPF 105476318712	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA	23-Número no CRO 31345	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200158-16
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA				
27-Número no CRO 31345				
28-UF RJ				
29-Código CBO S				
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados				
30-Tabela 1-00085200158	32-Descrição TRATAMENTO ENDODONTICO	33-Dente/Região 16	34-Face 1	35-Qtd 1
36-Quantidade US 153300				
37-Valor 0,00				
38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00				
39-Aut S				
40-Data de Realização 10/08/20				
41-Motivo da Guia 42-Assinatura				
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11				
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 53300				
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	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/08/2010 Monique Ferreira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/2010 Monique Ferreira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/2010 Verônica Rodrigues de Lima	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/08/2010 Cirurgião Dentista CRO-RJ 31345
---------------	--	--	--	---

Dr. Rodrigo G. M. Ferreira