



307859
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 22/10/2014 4-Data de Autorização 11/11/11 5-Sentia PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 307859 7-Data Validade da Sentia 21/10/2014

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000023902704 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 704604133740027

13-Nome ANA GLORIA ALVES TEIXEIRA 14-Telefone 3108/1958 15-Nome do titular do plano ANA GLORIA ALVES TEIXEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 18-Número no CRO 30438 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09224371736 22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 23-Número no CRO 30438 24-UF RJ 25-Código CNES 26-UF RJ 27-Número no CRO 30438 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclus	42-Assinatura
1	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1		34,00	0,00			22/10/2014		
2	00820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	17	1		173,00	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 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 107,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

ODONTOLÓGICA -> EXODONTIA

Dr. Daniel Roldi Pinheiro

Ana Gloria Alves Teixeira

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista ORTODONTISTA CRO RJ 39438 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/2014 53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/10/2014