



311064

1- Agência: 405414	2- Data de Emissão do Guia: 01/05/2011	3- Data de Atuação: 11/11/11	4- Status: PENDENTE DE LIBERAÇÃO	5- Número da Guia Principal: 311064	6- Data de Validade do Guia: 04/05/2011
7- Nome do Beneficiário: ROSANGELA SANTOS REIS		8- Plano: POS REDE PRESTADORA	9- Empresa: UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	10- Data Início do Tratamento: 11/11/11	11- Número do Cartão Nacional de Saúde: 754106153963577
12- Nome: ROSANGELA SANTOS REIS		13- Data de Nascimento: 25/01/1968	14- Telefone: (11) 11111111	15- Nome do Roteiro do plano: ROSANGELA SANTOS REIS	
16- Assinatura do Responsável pelo Tratamento: BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS					
17- Nome do Profissional Solicitante: BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS	18- Número do CRM: 35861	19- UF: RJ	20- Código CBO: 2		
21- Código de Operadora / CNPJ / CNP: 10654179778	22- Nome do Contratado: BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS	23- Número do CRM: 35861	24- UF: RJ	25- Código CBO: 2	
26- Nome do Profissional Contratado: BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS		27- Número do CRM: 35861	28- UF: RJ	29- Código CBO: 2	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Raiz	34- Face	35- Qntd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Status do Guia	42- Assinatura
1-	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	06/05/11		
2-	0085300063	TRATAMENTO DE ABSCESSO	34		1	8,00	0,00		N	06/05/11		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

10/331.641/0001-71
 BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS
 CLÍNICA ODONTOLÓGICA S/LTDA - ME
 R. Faria Lima, 12 - Edifício
 Montecarlo - JCEB - RJ 330-320
 RIO DE JANEIRO - RJ

43- Data Prevista Término do Tratamento: 11/11/11	44- Tipo de Atendimento: 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Consultas 4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Pagamento: 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US: 42,00	47- Valor Total R\$: 0,00	48- Total Franquia / Co-participação R\$: 0,00
---	--	--	--------------------------------	---------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação:

50- Assinatura e Assinatura do Conselho Central Solicitante

06/05/11

51- Data, Assinatura e Assinatura do Conselho Central

06/05/11

52- Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário / Responsável

06/05/11

53- Data, Assinatura e Assinatura do Solicitante

06/05/11