



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/04/2019

4-Data de Autorização
11/04/2019

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50191099

7-Data Validade da Sentença
13/11/2019

374645
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0037999405863475

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
700002834954903

13-Nome
LUIZ CLAUDIO DA SILVA MARQUES

15/11/1962

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
NOEMI APARECIDA DUARTE MARQUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
DANIEL DE MELO MENDES

18-Número no CRO
42797

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNU / CPF
011438029883
22-Nome do Contratado Executante
DANIEL DE MELO MENDES

23-Número no CRO
42797

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
DANIEL DE MELO MENDES

27-Número no CRO
42797

28-UF
RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Molho da Gloriosa	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	3	0	1	0	0	0
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
16-												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/19	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	34,00	0,00	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
14/10/2019
Dr. Daniel de Melo Mendes
Endodontista
Clínico Geral
CRO-RJ 42.797

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
14/10/2019
Noemi Aparecida Duarte Marques

53-Data, local e Carimbo da Empresa