



1-Registro ANS 406414	3-Dados de Emissão da Guia 14/10/2014 14:20	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 306376	7-Data Validade da Sentença 13/10/17 12:01
--------------------------	--	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 0037000029854892	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cadastro Nacional de Saúde 700009554054208
-----------------------	--	--------------------------------	---	--	--

CASSIANA DE CARVALHO	22/08/1978	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano CASSIANA DE CARVALHO
----------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	16-Alendimento 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-Nome do Profissional Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	27-Número no CRO 30438	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant.	40-Data de Realização	41-Motivo da Gressa	42-Assinatura
1-0 0 8 1 0 0 0 0 5 7		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1		1	34,00	0,00		N/A	14/10/2014	x	
2-0 0 8 5 3 0 0 0 6 3		TRATAMENTO DE ABSCESSO		1		1	8,00	0,00		N/A	14/10/2014	x	
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 Pagamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Franquia / Co-participação R\$
11/11/11	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	42,00	14.451,00	197,50

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.

Assinado por + Carimbo + Imprimir + Assinatura

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Beneficiário	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11	14/10/2014 11:20 Daniel Pinheiro 30438	14/10/2014 11:20 Cassiana Carvalho	14/10/2014

306376
INTERCAMBIO