



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

366658
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/08 12:01	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50187926	7-Data Validade da Serha 12/11/11 12:01
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 1010371000001798197201	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 701706225631670
13-Nome CARLOS ALBERTO PINTO				
14-Telefone ()				
15-Nome do titular do plano CARLOS ALBERTO PINTO				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento 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
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 31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-00181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	3400	01
2-				
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
10-				
11-				
12-				
13-				
14-				
15-				
43-Data Previsão 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\$				

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 13/11/08 12:01 monique gomes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/08 12:01 monique ferreira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 13/11/08 12:01 Carlos Alberto Pinto	53-Data, local e Carimbo de Empresa 13/11/08 12:01 Cirurgia Dentista
---------------	---	--	--	---