

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012 4-Data de Autorização 12/10/2012 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50178255 7-Data Validade da Santa 12/10/2012

8-Número da Carteira 0037000015389017 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome JOSE RICARDO VIEIRA DE ARAUJO 13/02/1966 14-Telefone 15-Nome do titular do plano JOSE RICARDO VIEIRA DE ARAUJO

16-Atendimento a RN 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 / CNPJ / CPF 01438029683 22-Nome do Contratado Exatante DANIEL DE MELO MENDES 23-Número no CRO 42797 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Exatante DANIEL DE MELO MENDES 27-Número no CRO 42797 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régula	34-Fase	35-QD1	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	81000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	10,00					
2-00	85100056	CURATIVO DE DEMORA EM		1		8,00	10,00					
3-00	85400467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO		1		8,00	10,00					
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1-Total 2-Parcial	50,00	10,00							

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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 c/c(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

Dr. Daniel de Melo Mendes
Endodontista
Clínico Geral
CRO-RJ 42.797

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa