

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



292524
INTERCAMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/2012	4-Data de Autocrização Pendente de Liberação	5-Situação PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 292524	7-Data Validade da Guia 26/10/2015
---------------------------	---	---	-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 00379940628222190	11-Plano POS FEDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70510-391648940
---	---------------------------------	---	--	--

13-Nome EVANDRO SOARES FRANKLIN	14-Situação 25/02/1971	15-Nome do titular do plano EVANDRO SOARES FRANKLIN
------------------------------------	---------------------------	--

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLO VIEIRA PINHEIRO	18-Número no CRO 30438	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CVPJ / CPF 0912214371736	22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLO VIEIRA PINHEIRO	23-Número no CRO 30438	24-UF RJ	25-Código CNE S Enviar - RX (0) 85100126
--	---	---------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante DANIEL ROLO VIEIRA PINHEIRO	27-Número no CRO 30438	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela 3-Código do Procedimento 1-08100057 2-085100226	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA DE RESTAURAÇÃO RESINA	33-Dente/Região 21	34-Área VDIP	35-Quantidade US 12	37-Valor 34,00	38-Franquia Co-participação R\$ 0,00	39-Aut. N	40-Data de Realização N	41-Moeda da Operação N	42-Assinatura X
--	---	-----------------------	-----------------	------------------------	-------------------	---	--------------	----------------------------	---------------------------	--------------------

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declara, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declara, ainda, que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), ocorreram 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, conforme mencionado-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Fatura com vencimento (21) -> Restauração com na competência	50-Dati, local e Assinatura - Dentista Solicitante 12/10/2012	51-Dati, local e Assinatura - Dentista Contratado 12/10/2012	52-Dati, local e Assinatura - Operadora / Responsável 12/10/2012	53-Dati, local e Assinatura da Empresa 12/10/2012
---	--	---	---	--