



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012 4-Data de Autorização 15/10/2012 5-Semra PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 288880 7-Data Validade da Semra 15/10/2012

288880
 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994061320355 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 15/10/2012 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700002762151400

13-Nome

CLEITON DE ALMEIDA MARINHO 02/06/1987 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano CLEITON DE ALMEIDA MARINHO

Dados do Contratado (Responsável pelo Tratamento)

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 109224371736 22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO

26-Nome do Profissional Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-	0018100057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1	1	34,00	0,00			15/10/2012		
2-	001820010310	INCISÃO E DRENAGEM INTRA-	11	1	1	8,00	0,00			15/10/2012		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 15/10/2012 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Ocorridológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 42,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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(ram) 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

ABCESSO -> INCISÃO + DRENAGEM

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/10/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2012

53-Data, local e Cartão da Empresa 15/10/2012