



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/11/03 4-Data de Autorização 11/11/03 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50157941 7-Data Validade da Sentença 09/10/06 299589 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 003799940611971780 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 11/11/03 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700003857229602

13-Nome BRUNO MAXIMO CASTEL RUIZ WANDE 14-Telefone 25/02/1977 15-Nome do Titular do plano BRUNO MAXIMO CASTEL RUIZ WANDE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL DE MELO MENDES 18-Número no CRO 42797 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0114380219683 22-Nome do Contratado Executante DANIEL DE MELO MENDES 23-Número no CRO 42797 24-UF RJ 25-Código CNES 0185100218

26-Nome do Profissional Executante 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/Região	34-Face	35-Qtd	36-Qtd	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	ODV	1	12	2,00	0,00	5			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1122,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima 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 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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Clínico Geral CRO-RJ 42.797 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Daniel de Melo Mendes Endodontista