

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2012	4-Data de Autorização 11/11/2012	5-Serhu AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198875	7-Data Validade da Serhu 11/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 00379994065943063	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLARISSA FREITAS SANCHES	08/07/2008	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano ERIKA MARMO SANCHES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO	18-Número no CRO 35649	19-UF RJ	20-Código OBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09904672792	22-Nome do Contratado Executante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO	23-Número no CRO 35649	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO	27-Número no CRO 35649	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Suficiantes

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81001065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00					
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00					
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00					
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00					
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00					
6-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00					
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	---	------------------------------------	----------------------------	---

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/2012 Dr. Aldyjanne B. Dietrich	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2012 Dr. Aldyjanne B. Dietrich	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2012 Erika Marmo Sanches	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/2012 Dr. Aldyjanne B. Dietrich
---	---	---	---

