

## 2-Na



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/3/10/12/0		4-Data de Autorização 11/3/11/12/0		5-Sereta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50198717		7-Data Validade da Semina 11/01/12/1									
8-Número da Carteira 00375752185919305										9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706202021730168			
13-Nome ANA PAULA CARVALHO OLIVEIRA DO																			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 22/08/1983																			
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JULY ANNE MENDONCA DA SILVA																	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09035882776																22-Nome do Contratado Executante JULY ANNE MENDONCA DA SILVA			
26-Nome do Profissional Executante JULY ANNE MENDONCA DA SILVA																			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados 27-Número no CRO 45407																28-UF RJ		29-Código CBO S 801 -	
Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 81000421-																			

[illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
43-Data Previsto Término do Tratamento	<input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	<input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	<div> <div>4</div> <div>2</div> <div>8</div> <div>5</div> <div>0</div> <div>0</div> </div>	<div> <div>0</div> <div>0</div> <div>0</div> <div>0</div> </div>	<div> <div>0</div> <div>0</div> <div>0</div> <div>0</div> </div>

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

**July Anne Mendonça da Silva**

255

*Mandance de Saver*

CRJ 45407