



1-Registro ANS 4064.14 3-Dia de Emissão da Guia 14/11/2012

4-Data de Autorização 14/11/2012

5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 50198989

7-Data Validade da Senha 11/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010379994065525393

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700002279846300

13-Nome

23/11/1999

15-Nome do titular do plano SIMONE BARREIROS DA SILVA ALVE

VITOR BARREIROS DA SILVA ALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ANNA CAROLINA VAMPRE CALDERON

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 127385740847

22-Nome do Contratado Executante ANNA CAROLINA VAMPRE CALDERON

18-Número no CRO 32105

19-UF RJ

20-Código CBO S 801 -

23-Número no CRO 32105

24-UF RJ

25-Código CNES Enviar - RX (1) 82001286-39

26-Nome do Profissional Executante ANNA CAROLINA VAMPRE CALDERON

27-Número no CRO 32105

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-Quantidade US	37-Avaliar	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Molho da Dica	42-Assinatura
1-00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	38	1	1	361,00	0,00	0,00	S	11/11/11	11/11/11	Vitor B. da Silva
2-00	82001286	EXODONTIA SIMPLES DE	18	1	1	73,00	0,00	0,00	S	11/11/11	11/11/11	Vitor B. da Silva
3-00	82001286	EXODONTIA SIMPLES DE	28	1	1	73,00	0,00	0,00	S	11/11/11	11/11/11	Vitor B. da Silva
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Dia Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Faturamento	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1507,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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(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

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra Anna Vampre
 Cirurgião Maxilofacial
 32 105