



1-Identificação ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 20/10/20	3-Data de Autorização 20/10/20	4-Serção AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 50200210	6-Data Validade da Guia 18/10/21
7-Data de Recebimento 00370000009062591		8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	10-Data de Início da Cobertura	11-Número do Contrato Nacional de Saúde 706201504542160
12-Nome NILCE MARIA ALVES RODRIGUES			13-Data de Nascimento 02/11/1951	14-Telefone () - - - - -	
15-Nome do titular do plano NILCE MARIA ALVES RODRIGUES					
16-Assessorio a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA AUDI VON HAEHLING LIMA					
18-Número no CRO 43596					
19-UF RJ					
20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa					
21-Código no Operador / CNPJ - CPF 10397919727					
22-Nome do Contratado Executante JULIANA AUDI VON HAEHLING LIMA					
23-Número no CRO 43596					
24-UF RJ					
25-Código CBO S					
26-Nome do Profissional Executante JULIANA AUDI VON HAEHLING LIMA					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente-Pagão	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guiz	42-Assinatura
1-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	13		1	7300	0,00			20/10/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Emissão / Término do Tratamento 20/10/20	44-Tipo de Atendimento 1 - Tratamento Odontológico 2-Fuente Radiológico 3-Ortodontia 4-Ortopedia/Ortoprotese	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 7300	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	--------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima representados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e lidar com os custos previstos e mensurados. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 relativos ao tratamento realizado, comprometendo-me a lidar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Contratado/Donatário Solicitante 20/10/20	51-Data, local e Assinatura do Contratado/Donatário Solicitante 20/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 20/10/20
---------------	---	---	---	--