



2-Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/17/06

4-Data de Autorização
11/17/06

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50166832

7-Data Validade da Senha
15/09/12

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
700007466023309

11-Data Validade da Carteira
/ /

15-Nome do titular do plano
ANGELA MARIA LOPES

10-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

14-Teléfono
() - - - - -

13-Nome
ANGELA MARIA LOPES

11/01/1954

16-Número da Carteira
0037994063018486

17-Data Validade da Carteira
/ /

18-Número no CRO
20598

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 -

25-Código CNES
Enviar - RX
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0111608168743

22-Nome do Contratado Executante
ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP

26-Nome do Profissional Executante
ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP

27-Número no CRO
20598

28-UF
RJ

29-Código CBO S

30-Tabela
1-01081510020101

32-Descrição
RESTAURAÇÃO RESINA

33-Dental/Região
11

35-Qtd
VD

36-Quantidade US
8800

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$
0000

39-Aut
S

40-Data de Realização
/ /

41- Motivo da Glosa 42-Assinatura

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

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
8800

47-Valor Total R\$
0000

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0000

48-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
/ /

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), tiveram 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.