



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/11/03 4-Data de Autorização 13/11/03 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50160624 7-Data Validade da Serinha 12/19/06 8-Data Validade da Serinha 12/19/06

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100379994061509717

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 708608019621584

13-Nome CARLOS EDUARDO DA SILVA DOS SA

05/08/1991

15-Nome do titular do plano CARLOS EDUARDO DA SILVA DOS SA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante GLAICE LAMARAO PEREIRA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1018176376728 22-Nome do Contratado Executante GLAICE LAMARAO PEREIRA

18-Número no CRO 44280

19-UF RJ

20-Código CBO S

801 - Faturar Empresa

Enviar - RX (1) 85100226 (1) 85100226 (1) 85100226

25-Nome do Profissional Executante GLAICE LAMARAO PEREIRA

23-Número no CRO 44280

24-UF RJ

25-Código CBO S

(1) 85100226 (1) 85100226 (1) 85100226

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Mat	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	1851100226	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VDPM	1	122,00	0,00			12/04/20		
2-00	1851100226	RESTAURAÇÃO RESINA	24	DOMP	1	122,00	0,00			12/04/20		
3-00	1851100226	RESTAURAÇÃO RESINA	27	VMMP	1	122,00	0,00			12/04/20		
4-00	1851100226	RESTAURAÇÃO RESINA	28	VDPM	1	122,00	0,00			12/04/20		
5-00	1851100226	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VDPM	1	122,00	0,00			12/04/20		
6-00	1851100226	RESTAURAÇÃO RESINA	14	MODP	1	122,00	0,00			12/04/20		
7-00	1851100226	RESTAURAÇÃO RESINA	15	VDOM	1	122,00	0,00			12/04/20		
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Fim do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Exame Radiológico	46-Ortodontia	47-Urgência/Emergência	48-Tipo de Tratamento	49-Tipo de Tratamento	50-Tipo de Tratamento	51-Tipo de Tratamento	52-Tipo de Tratamento	53-Tipo de Tratamento	54-Tipo de Tratamento	55-Tipo de Tratamento
11/11/11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

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 no 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.

43-Observação

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/10/12 Glauce L. Pereira 57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/12 Glauce L. Pereira 58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/12 Carlos Eduardo da Silva dos Santos 59-Data, local e Assinatura da Empresa 05/10/12 OdontoLife Intercâmbio 60-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 05/10/12 Glauce L. Pereira

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/12 Glauce L. Pereira 62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/12 Carlos Eduardo da Silva dos Santos 63-Data, local e Assinatura da Empresa 05/10/12 OdontoLife Intercâmbio 64-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 05/10/12 Glauce L. Pereira

65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/12 Glauce L. Pereira 66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/12 Carlos Eduardo da Silva dos Santos 67-Data, local e Assinatura da Empresa 05/10/12 OdontoLife Intercâmbio 68-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 05/10/12 Glauce L. Pereira

69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/12 Glauce L. Pereira 70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/12 Carlos Eduardo da Silva dos Santos 71-Data, local e Assinatura da Empresa 05/10/12 OdontoLife Intercâmbio 72-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 05/10/12 Glauce L. Pereira

73-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/12 Glauce L. Pereira 74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/12 Carlos Eduardo da Silva dos Santos 75-Data, local e Assinatura da Empresa 05/10/12 OdontoLife Intercâmbio 76-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 05/10/12 Glauce L. Pereira