



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2015	4-Data de Autorização 11/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50162911	7-Data Validade da Senha 10/09/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00037000028824248	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/10/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700905982852194
---	--------------------------------	---	--	--

13-Nome ESTHER DA SILVA SAMPAIO	14-Teléfono ( ) -	15-Nome do titular do plano ESTHER DA SILVA SAMPAIO
------------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 24440	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00596288719	22-Nome do Contratado Executante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 24440	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
--	--	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 24440	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-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	74	OM	1	88,00	0,00	0,00		03082009		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/10/11	44-Tipo do Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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), 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

odonto pedi stua.

50-Data Local e Assinatura do Consultor-Dentista Solicitante 05/10/2015 <i>Luiz Vitor</i>	51-Data Local e Assinatura do Consultor-Dentista 05/10/2015 <i>Luiz Vitor</i>	52-Data Local e Assinatura do Proprietário / Responsável 05/10/2015 <i>Esther da Silva Sampaio</i>	53-Data Local e Campo da Empresa 03/10/2015 <i>Esther da Silva Sampaio</i>
--	--	---	---