



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/08 12/01	4-Data de Autorização 12/01/08 12/01	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 501865507	7-Data Validade da Sentia 18/11/12 01
--------------------------	---	---	------------------------	---	--

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão 0003770000028547015	9-Plano POS REDE PRESTADORA
---	--------------------------------

13-Nome

LUNNA EVA HENRIQUES ABREU DA S

07/01/2014

10-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

14-Teléfono
() - - - - -

11-Data Validade de Cartão
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
702602210773348

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição 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 CBO S Enviar - RX
--------------------------	--------------------------------

22-Nome do Contratado Esculante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 24440
---	---------------------------

24-UF RJ	25-Código CBO S Enviar - RX
-------------	--------------------------------

26-Nome do Profissional Esculante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 24440
---	---------------------------

28-UF RJ	29-Código CBO S (1) 85100200 (1) 85100200
-------------	---

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	16	O	1	6 1 1 0 0 0	0,00	0,00	S	09/08/2009	1	
2-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	54	OM	1	8 8 1 0 0 0	0,00	0,00	S	09/08/2009	1	
3-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	55	OM	1	8 8 1 0 0 0	0,00	0,00	S	09/08/2009	1	
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	53	M	1	6 1 1 0 0 0	0,00	0,00	S	09/08/2009	1	
5-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	64	OD	1	8 8 1 0 0 0	0,00	0,00	S	09/08/2009	1	
6-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	65	OM	1	8 8 1 0 0 0	0,00	0,00	S	09/08/2009	1	
7-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	26	O	1	6 1 1 0 0 0	0,00	0,00	S	09/08/2009	1	
8-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	61	M	1	6 1 1 0 0 0	0,00	0,00	S	09/08/2009	1	
9-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	62	M	1	6 1 1 0 0 0	0,00	0,00	S	09/08/2009	1	
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 6 5 7 0 0	47-Valor Total RS 0,00	48-Total Franquia - Co-participação RS 0,00
---	--	---	-------------------------------------	---------------------------	--

Decido, 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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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.

48-Observação

50-Sigla local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante D11/08/08	51-Sigla local e Assinatura do Cirurgião-Dentista D11/08/08	52-Sigla local e Assinatura do Prestador / Responsável D11/08/08	53-Sigla local e Carimbo da Empresa D11/08/08
--	--	---	--