



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/3/11 01/20		4-Data de Autorização 11/3/11 01/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50198409		7-Data Validade da Senha 11/1/10 11/21		394258 INTERCÂMBIO									
Dados do Beneficiário																					
8-Número da Carteira 00037000002020181828				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A				11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708705170026491							
13-Nome LUCIANA RAMOS NOBRE				13-Data 05/07/1989				14-Telefone () - - - - -				15-Nome do titular do plano MARLINDA OLIVEIRA RAMOS									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA DE LA QUINTANA VIDAURRE		18-Número no CRO 46409		19-UF RJ		20-Código CBO S		801 - Faturar Empresa		21-Envio - RX (I) 85100218									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 113381317373701		22-Nome do Contratado Executante FERNANDA DE LA QUINTANA VIDAURRE		23-Número no CRO 46409		24-UF RJ		25-Código CNES		26-Envio - RX (I) 85100218		27-Código CBO S									
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA DE LA QUINTANA VIDAURRE		27-Número no CRO 46409		28-UF RJ		29-Código CBO S		30-Quantidade U\$		31-Valor		32-Franchisa/Co-participação R\$									
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																					
30-Tabella		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade U\$									
1-000851100218		RESTAURAÇÃO RESINA		42		VDM		1		12200		0000									
2-1																					
3-1																					
4-1																					
5-1																					
6-1																					
7-1																					
8-1																					
9-1																					
10-1																					
11-1																					
12-1																					
13-1																					
14-1																					
15-1																					
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/3/11 01/20												44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US\$ 112200		47-Valor Total R\$ 0000		48-Total Franchisa / Co-participação R\$ 0000	
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																					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/3/11 01/20 FERNANDA DE LA QUINTANA VIDAURRE												51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/3/11 01/20 MARLINDA OLIVEIRA RAMOS									