



1-Registro: 3 ANS 4064-14  
3-Data de Emissão da Guia 12/09/10 9/12/10  
4-Data de Autorização 13/01/09 1/2/10  
5-Senha AUTORIZADO  
6-Número da Guia Principal 50195785  
7-Data Validade da Senha 12/08/11 12/12/10

385705  
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 0 3 7 9 9 4 0 6 5 4 5 6 0 7 3  
9-Plano POS REDE PRESTADORA  
10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA  
11-Data Validade da Carteira  
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706407691950985

13-Nome JAQUELINE ANA DOS SANTOS VIEIR  
14-Telefone  
15-Nome do titular do plano JAQUELINE ANA DOS SANTOS VIEIR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN  
17-Nome do Profissional Solicitante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO  
18-Número no CRO 35649  
19-UF RJ  
20-Código CBO S 801 -  
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 3 9 0 4 6 7 2 7 9 2  
22-Nome do Contratado, Executante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO  
23-Número no CRO 35649  
24-UF RJ  
25-Código CNES Enviar - RX  
26-Nome do Profissional Executante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO  
27-Número no CRO 35649  
28-UF RJ  
29-Código CBO S (I) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabella | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição    | 33-Dente/Região    | 34-Face | 35-Cid | 36-Quantidade US | 37-Valor    | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Recusa | 42-Assinatura |
|------------|---------------------------|-----------------|--------------------|---------|--------|------------------|-------------|---------------------------------|--------|-----------------------|---------------------|---------------|
| 1-0        | 0                         | 8 5 1 0 0 2 0 0 | RESTAURAÇÃO RESINA | 15      | MO     | 1                | 8 8 1 0 0   | 0,00                            | 0,00   | 0,00                  | 0,00                |               |
| 2-0        | 0                         | 8 5 1 0 0 2 1 8 | RESTAURAÇÃO RESINA | 22      | VPI    | 1                | 1 2 2 1 0 0 | 0,00                            | 0,00   | 0,00                  | 0,00                |               |
| 3-0        |                           |                 |                    |         |        |                  |             |                                 |        |                       |                     |               |
| 4-0        |                           |                 |                    |         |        |                  |             |                                 |        |                       |                     |               |
| 5-0        |                           |                 |                    |         |        |                  |             |                                 |        |                       |                     |               |
| 6-0        |                           |                 |                    |         |        |                  |             |                                 |        |                       |                     |               |
| 7-0        |                           |                 |                    |         |        |                  |             |                                 |        |                       |                     |               |
| 8-0        |                           |                 |                    |         |        |                  |             |                                 |        |                       |                     |               |
| 9-0        |                           |                 |                    |         |        |                  |             |                                 |        |                       |                     |               |
| 10-0       |                           |                 |                    |         |        |                  |             |                                 |        |                       |                     |               |
| 11-0       |                           |                 |                    |         |        |                  |             |                                 |        |                       |                     |               |
| 12-0       |                           |                 |                    |         |        |                  |             |                                 |        |                       |                     |               |
| 13-0       |                           |                 |                    |         |        |                  |             |                                 |        |                       |                     |               |
| 14-0       |                           |                 |                    |         |        |                  |             |                                 |        |                       |                     |               |
| 15-0       |                           |                 |                    |         |        |                  |             |                                 |        |                       |                     |               |

43-Data Previsão Término do Tratamento  
44-Tipo de Atendimento  
45-Tipo de Faturamento  
46-Tipo de Faturamento  
47-Valor Total R\$  
48-Tipo de Faturamento  
49-Tipo de Faturamento

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: 30/09/10 Dra. Aldyjanne B. Dietrich  
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 30/09/10 Dra. Aldyjanne B. Dietrich  
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 30/09/10 Jaqueline Vieira  
53-Data, local e Assinatura da Empresa: 30/09/10 Dra. Aldyjanne B. Dietrich