



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 01/11/2010		4-Data de Autorização 01/11/2010		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50196203		7-Data Validade da Senha 31/12/2011	
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700606974889770	
8-Número da Carteira 000370000019957982				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira / /		15-Nome do titular do plano SAMUEL BENTO TORRES	
13-Nome SAMUEL BENTO TORRES 30/12/1985											
14-Telefone () - - - - -											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante TOMO X CLINICA DE RADIOLOGIA DE BONSUCESSO LTDA				18-Número no CRO 19769		19-UF RJ		20-Código CBO S 09	
801 - Faturar Empresa											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01250478782				22-Nome do Contratado Executante LILIAN FREIHA		23-Número no CRO 19769		24-UF RJ		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LILIAN FREIHA						27-Número no CRO 19769		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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO		1	22200	0,10	0,10			31/12/2011	<i>[Assinatura]</i>
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 22200		47-Valor Total R\$ 0,10		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
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 / /											
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/2010 <i>[Assinatura]</i>				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/2010 <i>[Assinatura]</i>				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			