



3-Data de Emissão da Guia	10/3/11 12/12/01
4-Data de Autorização	10/3/11 12/12/01
5-Senha	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	50210741
7-Data Validade da Senha	10/3/10 13/12/11

3	7	5	0	8	1	3	3	0	1	6	8	0			
3ro da Carteira															
9-Polano															
POS REDE PRESTADORA															
10-Empresa															
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A															
11-Data Validada da Carteira															
12-Número do Cartão															
700408441694															

13-DR EMMANUEL SANTOS PACHECO
08/03/1998
14-Telefone
(21) 9933-7924
15-Nome do titular do plano
LAERCIO FELIPE SANTOS PACHECO

30 Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CUB's
ELIANE BISPO DE ALENCAR	16512	RJ	801 - Faturar Empresa

22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
ELIANE BISPO DE ALENCAR	16512	RJ	

to do Profissional Executante IANE BISPO DE ALENCAR	27-Número no CRO 16512	28-Uf RJ	29-Código CBO S
--	---	-------------------------------	------------------------

e Tratamento / Procedimentos Solicitados									
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-Dat

[illegible][illegible][illegible]

[illegible]

[illegible][illegible]

6.3

3	Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$
				1.560.000	0,00

☐ 1- Tratamento Uroonológico 2- Exame Radiológico 3- Cirúrgico 4- Outros (especificar):	☐ 1- Ovario 2- Endométrio
--	--

tes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

[Faint circular stamp: "RECEIVED MAY 1964"]

3. local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	11/11/11
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	11/11/11
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	11/11/11
53-Dia, local e Carimbo da Empresa	11/11/11