



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/08/20	4-Data de Autorização 07/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181924	7-Data Validade da Senha 04/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70570546866730	
13-Nome ADRIANA GOMES DUARTE		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano JOSE CARLOS DA SILVA ROCHA NET		16-Número da Carteira 000000008084842			
17-Data de Nascimento 01/06/1967									

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARCOS CARVALHO DA SILVA		18-Número no CRO 16315		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 81381425704		22-Nome do Contratado Executante MARCOS CARVALHO DA SILVA		23-Número no CRO 16315		24-UF RJ		25-Código CNES (F) 85400556-48		26-Nome do Profissional Executante MARCOS CARVALHO DA SILVA	
				27-Número no CRO 16315		28-UF RJ		29-Código CBO S		(F) 81000421-	

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-	008540056	RESTAURAÇÃO METÁLICA	48		1	770,00	0,00					
2-	008100042	RX PERIAPICAL	RMID		1	28,00	0,00					
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 1798,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

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 no 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 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 / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Dr. Marcos Carvalho da
Cirurgião - Dentista
CRO 16315-9