



2-Nº

364343

7-Data Validade da Senha

2	4	1	1	1	2	0
---	---	---	---	---	---	---

8-Número da Carteira 003700000025157070	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão N 708603005853
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

DRIGUES DA SILVA

16-Atendimento a RN	ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA			18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N				8683	RJ	

801 - Faturar Empresa

Product Name

105

[illegible][illegible]

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, compreendendo-me a partir daí a obrigação de pagar 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	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
18/11/2025 Ana do Maria	21/11/25 Amarelina	21/11/25 X	11/11

Paul'e Vargas Tiyada